Tom X. Październik 1908. 10.

Czasopismo Lekarskie

Co i jak lekarz czytać powinien?

(Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Częstochowskiego Tow. lekarskiego w dniu 3 Października b. r.).

Podał **Dr. Władysław Biegański.**

Powszechnie wiadomo, że czytanie stanowi poważną bardzo dźwignię w rozwoju umysłowym każdego osobnika. Wprawdzie z trzech źródeł wiedzy: osobistego doświadczenia, słuchania wykładów i czytania, to ostatnie ma może najmniejszą bezwzględną wartość, gdyż niema ani siły przekonywającej bezpośredniego wrażenia, ani uroku żywego słowa, ale niewątpliwie czytanie ma wyższość nad innemi źródłami wiedzy w tem, że jest najdostępniejsze. Żeby korzystać z własnego doświadczenia w zakresie jakiejkolwiek nauki, trzeba mieć do rozporządzenia: zasobne pracownie, kliniki, oddziały szpitalne; żeby słuchać odpowiednich wykładów, trzeba mieszkać w wielkich miastach, w ogniskach wiedzy, gdzie zbiera się świat naukowy; tymczasem czytanie jest dostępne dla wszystkich, dla samotnika i więźnia nawet. I tem się zapewnie tłomaczy wielka rola, jaka przypadła w udziale słowu pisanemu i drukowanemu w historji umysłowego rozwoju ludzkości.

Rzecz godna uwagi, że czytanie odgrywa niejednakową rolę w rozmaitych gałęziach wiedzy ludzkiej. Im nauka jest doskonalsza, ściślejsza, im więcej posiada ścisłych uogólnień i praw, tem mniej odczuwa się potrzeba czytania. Przeciwnie, im nauka jest mniej rozwinięta, mniej usystematyzowana, a zawierająca wiele luźnych faktów, tem potrzeba książki staje się nieodzowniejszą. Mówię tu głównie o wiedzy, o nauce stosowanej, gdyż ta jest głównym przedmiotem mojego odczytu. Otóż inżynier, mechanik, którzy stosują wyniki teoretycznej mechaniki lub fizyki do zagadnień i potrzeb życia praktycznego, posługują się w swym zawodzie bez porównania mniejszą ilością książek i literatury aniżeli np. lekarz lub rolnik, którzy stosują wyniki nauk biologicznych. Inżynier lub mechanik mają do czynienia z pewnym zapasem wzorów matematycznych, wyrażających prawa ścisłe, w miarę więc potrzeby swoje spostrzeżenia podporządkowują owym wzorom i wyprowadzają ztąd wskazówki dla swego postępowania. Ów zapas

wzorów, sposobów obliczania może być zawarty w jednej lub w kilku podręcznych książkach i te najzupełniej wystarczyć im mogą do zadań praktycznych ich zawodu. Inaczej rzecz się ma z lekarzem. Medycyna jest zbiorem nauk bynajmniej nie ścisłych, doskonałych; w biologji nie znamy wcale praw ścisłych, ujętych we wzory matematyczne, lecz posiadamy tylko—co najwyżej—empiryczne uogólnienia, niepozbawione bardzo licznych wyjątków. Owe wyjątki, owe luźne fakty, które nie dają się wtłoczyć w warunki uogólnień i systemu, muszą być znane dobrze lekarzowi, gdyż inaczej rozumowanie jego oparte na niedoskonałych, nieścisłych uogólnieniach prowadziłoby do błędnych wniosków. Stąd ilość wiedzy, potrzebnej do wykonywania zawodu, jest znacznie większa; trzeba bowiem nie tylko znać uogólnienia, lecz i bardzo liczne wyjątki, owe luźne fakty, których nasza nauka nie jest w stanie usystematyzować, t. j. podporządkować uogólnieniom. O owych wyjątkach, luźnych faktach nie może lekarza nauczać szkoła, gdyż ta wpajać przedewszystkiem musi ogólne zasady; nie może mu również dać dostatecznej o nich wiedzy własne, zwykle dość ograniczone doświadczenie; jedynie zbiorowe doswiadczenie, wypowiedziane w literaturze, pouczyć go tu może. Dlatego też lekarz musi się częściej posługiwać książką, literaturą i musi więcej czytać.

Wyrazem tej potrzeby jest olbrzymia literatura lekarska. Na rozrost literatury lekarskiej wpływa także zmienność poglądów, która również jest wynikiem niedoskonałości naszej nauki. Wiadomo powszechnie, jak szybko i jak często poglądy lekarskie w sprawie chorób, ich przyczyn i leczenia zmieniają się. Nieraz w ciągu jednego lub dwóch dziesiątków lat następują w medycynie, zwłaszcza spółczesnej, radykalne przewroty, wobec których lekarz praktyczny nie może pozostać biernym obserwatorem, lecz musi za nimi mniej lub więcej pilnie śledzić. Stąd wynika dla lekarza potrzeba częstej zmiany książek, podręczników oraz posługiwania się bardzo rozwiniętą prasą perjodyczną.

Wszystko to sprawia, że lekarz z potrzeby samej musi więcej czytać, aniżeli każdy inny zawodowiec. Odbija się to wyraźnie na samych stosunkach wydawniczych. Weźmy choćby dla przykładu nasze stosunki; otóż liczba techników-polaków z wyższem wykształceniem w Królestwie i Cesarstwie jest równą, jeżeli nie większą od liczby lekarzy, tymczasem technicy posiadaja tylko dwa wydawnictwa perjodyczne i bardzo skromną literaturę książkową specjalną, kiedy lekarze mają 6 wydawnictw perjodycznych i dość już obfity zapas wydawnictw książkowych, oryginalnych lub tłomaczonych.

Czytelnictwo więc wśród lekarzy już z samej potrzeby jest więcej rozwinięte, aniżeli wśród innych zawodów. Zachodzi jednak dziwny poniekąd objaw, mianowicie, że czytelnictwo to w ostatnim czasie zmniejsza się, albo w każdym razie nie rozwija się w stosunku prostym do wzrostu liczby lekarzy. Świadczą o tem coraz częstsze skargi wydawców oraz upadek w ostatnim roku dwóch wydawnictw perjodycznych w Warszawie. Dlaczego tak się dzieje,

jeżeli potrzeba czytania tkwi już we właściwościach naszej nauki i w warunkach naszego zawodu a bynajmniej nie mogła uledz zmianie w stosunkowo tak krótkim czasie. Przyczyny tego zjawiska zapewne są liczne; nie mam zamiaru i nie mogę ich tu szczegółowo omawiać, zwrócę tylko uwagę na jednę, kto wie czy nie najważniejszą, mianowicie na nieumiejętność, bezplanowość czytania i wynikające stąd zniechęcenie.

Młody lekarz, zamiłowany w swym zawodzie, posiadający szczery i nieraz bardzo gorący kult dla nauki, wyniesiony ze studjów uniwersyteckich, bierze się zwykle z całym zapałem do czytania. Co tydzień odczytuje uważnie jeden i więcej tygodników lekarskich od pierwszej do ostatniej stronicy. Pożycza lub kupuje książki, o jakich zasłyszy albo dowie się z recenzji i katalogów i te również czyta od początku do końca. Tym sposobem poświęca na czytanie wiele czasu, nieraz kilka godzin codziennie; na razie sprawia mu to wielkie zadowolenie, poznaje moc ogromną faktów, lecz zadowolenie to trwa niedługo. Po roku, dwóch najwyżej takiego czytania zaczyna spostrzegać, że fakty poznane gwałtownie ulatniają się z pamięci, że o artykule, który czytał uważnie przed rokiem, obecnie nic nie wie, a z książki przeczytanej niedawno pozostał tylko cień wiedzy. Spostrzega przytem pewien chaos w głowie; o jednym i tym samym przedmiocie czytał różne, nieraz sprzeczne, zdania, nie wie więc, czemu ma wierzyć, a co z powątpiewaniem przyjmować. Wszystko to zniechęca go; traci wiarę w korzyść czytania i zaczyna coraz mniej czytać, a nawet, powiedziawszy otwarcie, przestaje zupełnie czytać. Książek nowych już nie kupuje, pożyczonych nawet nie czyta, a tygodniki, prenumerowane na mocy inercji, przegląda jak gazety, zwracając tylko uwagę na rubrykę drobnych wiadomości, na końcu zamieszczoną. Tego co tu podałem, bynajmniej nie przesadzam; tak jest często, może nie zawsze, ale tak jest—niestety—coraz częściej.

Winą tego fatalnego zniechęcenia jest, jak już wspomniałem, nieumiejętne czytanie. Czytanie bez wyboru, bez ściśle określonego planu i bez krytyki niewątpliwie nie może przynieść wielkiej korzyści. Fakty tym sposobem poznane nie mogą się utrzymać w pamięci, a w razie, gdy utrzymują się, wywołują tylko chaos, sprzeczności i wahania się. Są to wyniki zupełnie naturalne i dadzą się łatwo wyjaśnić z psychologicznego punktu widzenia. Psychologja już oddawna wykazała: 1) że fakty spostrzeżone łatwiej utrzymują się w pamięci, aniżeli poznane z relacji ustnej lub pisemnej; 2) że fakty tem dłużej utrzymują się w pamięci, im większe budzą w nas zainteresowanie; i nakoniec 3) że fakty są tem trwalsze, im liczniejsze i silniejsze są ich skojarzenia z innymi faktami. Ten ostatni punkt jest bodaj najważniejszy. Fakt luźny, nie połączony z innymi w umyśle lub połączony z nimi bardzo słabo, pozostaje zwykle krótko w pamięci. Tymczasem, jeżeli fakt ten jest połączony z licznymi innymi przy pomocy trwałych związków podobieństwa lub styczności, to jego przypominanie jest niewątpliwie bardzo ułatwione, gdyż od czegokolwiek myśl zaczyna-

my, zawsze przez kojarzenie na fakt ten trafić musimy. Tem się tłomaczy wielka rola rozpamiętywania faktu dla utrwalenia jego w pamięci. Przez takie rozpamiętywanie, powtarzane w różnym czasie przy rozmaitych okolicznościach, tworzymy coraz to nowe połączenia, przez które ułatwiamy sobie następnie przypominanie. Na kojarzeniu również polega cała sztuka mnemotechniki, która właśnie łączy pewne fakty z pojęciami lub wyobrażeniami, ogólnie znanemi, ciągle powtarzanemi i tym sposobem utrwala je w pamięci. Kojarząc np. fakt układu topograficznego naczyń i przewodu wątrobowego z literami wyrazu „dwa" lub fakt stosunku nerwu do tętnicy i żyły w dole podkolanowym z literami wyrazu „Newa" — ułatwiamy sobie w wysokim stopniu następne ich przypominanie.

Jeżeli teraz powyższe teoretyczne uwagi zastosujemy do czytania, to stąd wynikają ważne bardzo wskazówki. 1) Należy przedewszystkiem starać się, aby nowy fakt był możliwie trwale powiązany z innymi, zawartymi w pamięci. Powiązanie to będzie trwałe wtedy, jeżeli będzie ujęte w pewien system, to znaczy, że fakty zawarte w pamięci powinny łączyć się wzajemnie w jeden możliwie harmonijny system, gdzieby jeden fakt z drugiego wypływał, jeden fakt wywoływał cały szereg innych. Na takiem właśnie usystematyzowaniu polega cała konstrukcja nauki, tworzenie uogólnień i naukowe wiązanie faktów. 2) Następnie starać się trzeba, aby fakt przeczytany kojarzył się możliwie z jakimkolwiek podobnym faktem spostrzeganym, a nas w danej chwili bliżej interesującym, gdyż tym sposobem utrwalić go możemy mocniej w pamięci.

Otóż, opierając się na powyższych wskazówkach, możemy ułożyć dla lekarz najodpowiedniejszy i najbardziej ekonomiczny plan czytania, przy którym, stosując najmniejszy możliwie nakład pracy, otrzymać można największy zasób faktów.

Plan taki jest następujący. Czytać systematycznie należy tylko dzieła uogólniające, systematyzujące znane fakty, dające dokładne pojęcie o systemie nauki, o wzajemnem powiązaniu i podporządkowanie faktów. Przeczytanie takiego dzieła dać nam powinno ogólne pojęcie o danej gałęzi wiedzy, o sposobie wiązania faktów, co nam pozwala następnie przy poznaniu nowych zdobyczy nauki powiązać je ze znanymi. Wszystkie fakty, które lekarz poznaje, dadzą się ująć w trzy ogólne grupy: nauka o życiu, nauka o chorobie i nauka o leczeniu. W zakresie każdej z tych grup lekarz powinien przeczytać systematycznie przynajmniej jedno dzieło w danym czasie najlepsze.

Otóż w zakresie nauki o życiu nie radzę czytać szczegółowych podręczników fizjologji, gdyż te zwykle są przepełnione szczegółowymi faktami, przez co gubi się ogólny system nauki, wiążący fakty. Takie dzieła nie nadają się do systematycznego czytania; jak z nich korzystać, powiem później. Systematycznie, t. j. od początku do końca rądzę czytać tylko podręczniki fizjologii ogólnej. Z tych uważam za najlepsze, przynajmniej przy obecnym stanie naszej nauki: Podręcznik fizjologji ogólnej — Rosen-

thala i Fizjologję ogólną (Allgemeine Phisiologie) Verworna. Dzieło Rosenthala posiadamy w bardzo dobrem tłomaczeniu polskiem z 1903 r.; podręcznik Verworna, który posiada już liczne wydania w języku niemieckim, jest, o ile mi wiadomo, tłomaczony na język rosyjski, a zatem może być także dostępny i dla tych lekarzy, którzy nie znają języka niemieckiego. Dzielo Verworna traktuje przeważnie sprawy życia najpierwotniejsze, mało uwzględnia zjawiska biologiczne więcej złożone i pod tym względem dla lekarza ma może mniejszą wartość, aniżeli podręcznik Rosenthala. Za to praca Verworna jest pisana więcej żywo, interesująco, co przy systematycznem czytaniu ma niewątpliwie wielkie znaczenie.

W zakresie nauki o chorobie nadają się do systematycznego czytania przedewszystkiem dzieła, traktujące o patologii ogólnej. Dzieł takich w literaturze jest moc wielka, nie wszystkie jednak możemy polecić. Dzieła dawniejsze, jak np. podręcznik Uhle i Wagnera lub podręcznik Samuela zawierają wiele komunałów i spekulacyjnych dodatków, przez co nie nadają się do systematycznego czytania, tembardziej, że zawierają na wielu punktach poglądy, dziś już podstarzałe. W nowszym czasie typ podręczników patologii ogólnej uległ wyraźnej zmianie; patologia ogólna przyjmuje tam postać patologii eksperymentalnej i jako taka jest nauką szczegółową, a nie ogólną. Typem takiego podręcznika jest znany powszechnie i tłomaczony także na język polski podręczniki Colnheima, dzieło niewątpliwie wartościowe, ale dziś już w pewnym stopniu przestarzała. Niemiecka literatura posiada jeszcze jeden typ patologii ogólnej w postaci ogólnej anatomii patologicznej. W wielu uniwersytetach niemieckich patologię ogólną wykładają profesorowie anatomii patologicznej; stąd przedmiot ten traktują jako wstęp do anatomii patologicznej. Do tego typu należą podręczniki Birch-Hirschfelda (tłomaczony na język polski) oraz z nowych — Ribberta.

Wszystkie te powyżej wyliczone dzieła nie odpowiadają tym potrzebom i warunkom, jakie stawiamy dla patologii ogólnej, która powinna dawać ogólny przegląd spraw patologicznych, możliwie usystematyzowany i rozpatrywany z jednego stanowiska. Stanowiskiem tem nie może być eksperyment patologiczny, nie może być również anatomia patologiczna, lecz tylko klinika. Badania eksperymentalne i anatomopatologiczne powinny tylko dopełniać fakty kliniczne, którym w każdym razie należeć się powinna rola decydująca. Tej treści znam tylko jedno dzieło, które śmiało polecić mogę do systematycznego czytania; mam tu na myśli Krehla: Patologiczną fizjologię (Pathologische Physiologie), która wyszła także w tłomaczeniu rosyjskiem. Dzieło to odznacza się przedewszystkiem dużym zasobem krytyki; autor stara się przeprowadzić ścisłą granicę pomiędzy faktami a hypotezami i zaznacza otwarcie wszelkie wątpliwości i braki w dotychczasowych zdobyczach patologii. I z tego właśnie względu najwięcej zasługuje na uważne przestudjowanie.

Lekarz praktyczny powinien również uważnie przestudjować

jakąkolwiek ogólną patologię chirurgiczną, czyli t. zw. chirurgię ogólną. Na polecenie zasługują przedewszystkiem znakomite pod każdym względem wykłady Billrotha, które posiadamy w tłomaczeniu polskiem podług 15-go wydania niemieckiego.

W zakresie nauki o leczeniu, czyli t. zw. ogólnej terapii, trudno nam jest wskazać jakiekolwiek jedno dzieło, któreby przedstawiało ogólny zarys terapji możliwie zgodny z faktami. Dziwić nas to nie powinno, jeżeli zważymy, że terapia dotychczas ma słabe naukowe podstawy. Nasza terapia, a zwłaszcza wewnętrzna, jest przeważnie oparta na faktach, zdobytych na drodze empirycznej. Fakty te staramy się tak lub owak teoretycznie uzasadnić, t. j. powiązać z faktami fizjologicznymi i patologicznymi, ale to uzasadnienie jest najczęściej oparte na samych tylko hypotezach. Jednej ogólnej zasady dotychczas tu wynaleźć nie można i dlatego przedstawienie naszej terapii z jednego ogólnego stanowiska staje się niemożliwe, albo da się tylko dokonać z pogwałceniem faktu i z użyciem grubego schematycznego zarysu. Taką schematyczną budową grzeszy np. Terapia ogólna Hoffmana, którą posiadamy w tłomaczeniu polskiem. W każdym razie niektóre rozdziały z tego dzieła można i dzisiaj z pewną korzyścią przeczytać.

W literaturze niemieckiej znane są jeszcze obszerniejsze zbiorowe podręczniki, traktujące o terapii ogólnej. Jeden z tych podręczników został ogłoszony przed dwudziestu kilku laty pod redakcją Ziemssena, drugi, nowszy, trzytomowy, pod redakcją Eulenburga i Samuela. Niestety, podręczniki te nie nadają się do systematycznego czytania dlatego, że każdy dział jest oddzielnie traktowany, bez związku z innymi i że całość daje tylko pewien zasób faktów szczegółowych, ale nie ogólny pogląd na terapię.

Ostatecznie, czytanie systematyczne w zakresie terapii ograniczyć musimy do podręczników lub mniejszych prac, traktujących z ogólnego punktu widzenia o szczegółowych działach lecznictwa. Warto więc przeczytać uważnie w sprawie djetyki: Zasady żywienia chorych — Moritza (posiadamy tłomaczenie polskie), w sprawie psychoterapii — prace Hirscha lub Forela, w sprawie hydroterapii bardzo wartościowe, choć stare już dziełko Smoleńskiego i t. p. Wiele ogólnych uwag w zakresie rozmaitych działów terapii znaleźć jeszcze można w kilkuletnich serjach odczytów klinicznych, wydawanych przez Gazetę lekarską.

Niezmiernie ważną rolę przy czytaniu, zarówno systematycznem jak i urywkowem, o którem później mówić będziemy, odgrywa krytyka, t. j. umiejętność oceny wartości przeczytanego. W powodzi artykułów i książek, które stanowią, współczesną literaturę lekarską, trafiają się rzeczy wartościowe obok bezwartościowych, fakty i spostrzeżenia dobrze opracowane obok błędnych, a nawet niesumiennie podanych. Lekarz czytający musi to wszystko dobrze rozważyć, musi umieć odróżnić rzeczywiste fakty od hypotez, zdrowe ziarna od plew. Do tego potrzebny jest pewien zmysł krytyczny, który najpierw jest wynikiem gruntownej wiedzy, możli-

wie dokładnej znajomości przedmiotu, a następnie — znajomość ogólnych zasad i metod, stosowanych w naukach lekarskich. Ze względu na ten drugi punkt ważną bardzo rzeczą jest wiedzieć, jakie błędy w badaniach lekarskich są możliwe; kiedy fakt, zdobyty na drodze eksperymentalnej lub obserwacyjnej, jest pewny, a kiedy tylko prawdopodobny; co w danym fakcie jest rzeczywistem spostrzeżeniem, a co dodatkiem hypotetycznym i t. p. Rzecz godna uwagi, że pomimo tak rozmaitych i licznych błędów, jakie spotykamy w naszej nauce, na wyrobienie krytyki w umyśle lekarzy małą zwracano uwagę. Dopiero w ostatnim czasie — i to głównie dzięki pracom polskich lekarzy — powstała nowa nauka, t. zw. krytyka poznania lekarskiego, czyli Logika medycyny, której zadaniem jest właśnie zadość uczynienie powyższej potrzebie. Lukę w tym zakresie wypełnić może uważne odczytanie mojej Logiki medycyny, zwłaszcza w 2-iem wydaniu, albo dzieła Biernackiego: Zasady poznania lekarskiego.

Oto wszystko, cobym polecił do systematycznego czytania. Nie polecam wiele, zaledwie kilka książek, gdyż systematyczne czytanie nie polega na gromadzeniu i nabywaniu nowych faktów, lecz na przygotowaniu gruntu do ich nabywania i utrwalania w pamięci. Tutaj chodzi tylko o ogólny pogląd, o nić, którą powiązać należy nabyte lub nabywane fakty. Dlatego przy systematycznem czytaniu powinniśmy zwracać uwagę nie na fakty, lecz na całość dzieła, na jego przewodnią myśl. Takie dzieła trzeba czytać uważnie, codziennie po kilka roździałów. Po przeczytaniu całego dzieła, lub kilku jego roździałów, należy zastanowić się nad przeczytanem, rozważyć dokładnie jego treść i, jeżeli przy tem rozważaniu okaże się, że jakiegoś zagadnienia dokładnie nie rozumiemy, to należy odpowiednie roździały jeszcze raz przeczytać, dopóki w umyśle naszym całość jasno się nie zarysuje.

Niezależnie i obok czytania systematycznego lekarz uprawiać powinien czytanie urywkowe. Nazwałem je urywkowemi dlatego, że tu właśnie chodzi o urywki, rozdziały z rozmaitych dzieł, dotyczących pewnego przedmiotu. Przedmiotem tym zawsze powinien być jakiś przypadek konkretny, w danej chwili spostzegany, jakaś wątpliwość, nasuwająca się przy leczeniu chorych, jakieś sporne zagadnienie wysunięte na wspólnej naradzie lekarskiej itp. Lekarz wtedy poszukuje w rozmaitych dostępnych mu dziełach odpowiednich roździałów, traktujących o interesującem go w danej chwili zagadnieniu i przeczytane urywki porównuje z tem, co w danej chwili spostrzega. Jeżeli np. chodzi o zastosowanie jakiegoś zabiegu leczniczego, to lekarz poszukuje w podręcznikach szczegółowego jego opisu, podawanych dla niego wskazań i treść przeczytaną porównuje ze spostrzeganym przez siebie przypadkiem, starając się ztąd wyprowadzić odpowiednie wnioski co do stosowalności w danym razie zabiegu, co do jego możliwych wyników. Jeżeli rozchodzi się o jakąkolwiek wątpliwość dyagnostyczną, to lekarz szuka w podręcznikach odpowiednich wskazówek i ze stanowiska przeczytanej treści rozważa szczegółowo swój przypadek.

Ten sposób czytania jest niezmiernie ważny dla lekarza, daje mu zwykle nowy zasób faktów, które jako ściślej powiązane ze spostrzeżeniem konkretnem już przez to samo dłużej utrzymują się w pamięci. Jeżeli fakty przeczytane nie są dla niego zupełnie nowe, to w każdym razie przez powtórzenie i powiązanie z treścią spostrzeżenia utrwalają się mocniej w umyśle. Nakoniec, samo porównanie przeczytanego ze spostrzeżeniem nasuwa cały szereg wniosków samodzielnych, stanowi poważną pracę umysłową, ćwiczenie niezmiernie korzystne dla umysłu. Aby wyciągnąć możliwą korzyść z czytania urywkowego należy czynić poszukiwania w rozmaitych podręcznikach, monografjach, lub też artykułach, zawartych w rocznikach pism perjodycznych. Tym sposobem poznajemy rozmaite oświetlenie przedmiotu, rozmaite zdania, a własne spostrzeżenie jest poniekąd sprawdzanem ich wartości i pozwala lekarzowi na krytyczny wybór jednego poglądu lub nawet na własny pogląd w danej sprawie. W wyborze bardzo pomocnem będzie ogólne pojęcie o sprawach życia, choroby i leczenia, które lekarz zdobył już przez systematyczne czytanie.

Dla czytania urywkowego wymaganą jest koniecznie podręczna biblioteka, którą lekarz powinien posiadać, jeżeli z czytania takowego chce osięgnąć możliwą korzyść. Nie należy więc szczędzić grosza na książki, gdyż wszelkie wydatki w tym względzie sowicie się opłacają, dają lichwiarski nieraz procent. Jakkolwiek wiedza nie stanowi wszystkiego w powodzeniu praktycznem lekarza, to jednak — caeteris paribus — lekarz oczytany, posiadający rozległą wiedzę, będzie miał zawsze większe powodzenie, aniżeli konkurent jej nie posiadający. Jest to fakt niewątpliwy i sądzę, że nad nim zastanawiać się dłużej nie mam potrzeby. Jeżeli więc powstaje tu jakie pytanie, to tylko w sprawie, jakie książki dla podręcznej bibljoteki lekarza są najodpowiedniejsze?

Pozwolę tu sobie na pewne wskazówki, mając na względzie wymagania tylko najskromniejsze. Otóż w bibljotece podręcznej lekarza znaleść się najpierw powinny podręczniki patologji i terapji szczegółowej, obejmujące całość medycyny wewnętrznej. Takie podręczniki są niezbędne, jeżeli nam chodzi o krótkie wskazówki. Dla naszych lekarzy radziłbym zaopatrzyć się w podręcznik wydany przez Jaworskiego, dzieło napisane zbiorowemi siłami i opracowane — przynajmniej w niektórych działach — starannie. Oprócz dzieła Jaworskiego radziłbym nabyć podręcznik Dieulafoy, wydany niedawno w tłomaczeniu polskiem; dzieło to streszcza obecne poglądy lekarzy francuskich, które pod pewnymi względami różnią się od przyjętych u nas poglądów, czerpanych przeważnie z literatury niemieckiej.

Ale lekarz na podręcznikach patologji i terapji szczegółowej poprzestać nie może. Musi w swej bibljotece posiadać dzieła obszerniejsze, gdzieby można było czerpać więcej szczegółowe wskazówki. A zatem w zakresie patologji płuc lekarz nabyć dla swej bibljoteki powinien wyborne dzieło Sokołowskiego p. t. „Wykłady chorób dróg oddechowych“. W zakresie patologji serca nie posiadamy

w naszej literaturze podobnego dzieła. Podręcznik Widmana jest już przestarzały i nie odpowiada obecnym wymaganiom, brak w nim szczegółowego opisu chorób mięśnia sercowego i nerwic serca. Lekarz więc nasz będzie zmuszony korzystać tutaj z podręczników obcych, z pomiędzy których za najodpowiedniejszy uważam dzieło angielskie Broadbenta, tłomaczone na język niemiecki (Herzkrankheiten mit besondereren Berücksichtigung der Prognose und Therapie 1902 r.) i rosyjski. Warto również w bibljotece posiadać, ze względu na bogatą recepturę i praktyczne wskazówki, dzieło Picka: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. Dodać także winienem, że dział chorób serca jest bardzo dobrze opracowany przez Gluzińskiego w podręczniku Jaworskiego.

Co do chorób żołądka, posiadamy wcale dobry podręcznik Jaworskiego, może tylko zanadto suchy i przeładowany szczegółami. Bardo dobrym podręcznikiem jest tutaj jeszcze dzieło Boasa (Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten). Oba te podręczniki wyszły także w tłomaczeniu rosyjskiem. Dla chorób dróg moczowych i wątroby szczegóły pracowicie zebrane znaleść można w 18 i 19 tomach zbiorowego podręcznika Nothnagela. W dziale chorób nerwowych polecić możemy podręcznik Orłowskiego: „Choroby mlecza pacierzowego i nerwów“ oraz obszerniejszy podręcznik Oppenheima: „Lehrbuch der Nervenkrankenheiten“ — ostatnie wydanie w 1905 r. W zakresie chorób zakaźnych wystarczyć mogą moje „Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych“. W sprawie djagnostyki warto nabyć obszerny podręcznik Sahliego (Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden) — ostatnie wydanie w 1905 r., istnieje także tłomaczenie rosyjskie, ale znacznie wcześniejsze. Szczegóły w sprawie djagnostyki różniczkowej znaleść można w moim podręczniku (Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych) albo w dziele Leubego (Specielle Diagnose der inneren Krankheiten — 2 tomy). Z farmakologji warto nabyć ostatnie wydania krótszych podręczników Pentzoldta lub Tappeinera; podręczniki te wyszły także i w tłomaczeniu rosyjskiem. Tłomaczenie polskie dzieła Pentzoldta, jako dokonane z dawniejszego wydania, jest dziś już przestarzałe; to samo powiedzieć możemy o obszernym podręczniku Rossbacha i Nothnagela, wydanym w tłomaczeniu polskiem przed laty przeszło 20.

W bibljotece podręcznej lekarza praktycznego znaleść się także powinny dzieła w zakresie anatomji, fizjologji, histologji, bakterjologji oraz dzieła specjalne. Nieraz zdarzyć się może potrzeba poszukiwania tam odpowiednich wskazówek i dat. Z anatomji może zupełnie wystarczyć obszerne dzieło Hirschfelda, wydane przed 40 laty, gdyż anatomja opisowa jako nauka skończona nie ulega dziś radykalnym zmianom. Warto również mieć w bibljotece atlas anatomiczny Heitzmana. Z fizjologji polecić możemy dzieło Cybulskiego albo niemiecki podręcznik Landoisa, z histologji — zbiorowy podręcznik wydany pod redakcją Hoyera, z bakterjologji — polskie tłomaczenie dzieła Günthera, a z chemii lekarskiej powszechnie ceniony i głośny podręcznik niemiecki Hammarstena. Z dzieł spe-

cjalnych w bibljotece znajdować się powinny znane powszechnie i bardzo cenione rosyjskie podręczniki chorób dziecinnych Fiłatowa, polski podręcznik chorób kobiecych Bylickiego, chirurgja szczegółowa Hüter—Lossena w tłomaczeniu polskiem, choroby ucha Heimana i kilku jeszcze innych.

Jeszcze raz nadmieniam, że podałem tu tylko dzieła najdostępniejsze i uwzględniłem tylko potrzeby najniezbędniejsze. Chodzi tu o podręczną bibljotekę lekarza praktycznego, któremu środki nie zawsze mogą pozwolić na kupowanie kosztownych książek. Książki, jakie tu podałem, kosztować powinny w sumie od 150 — 200 rubli, jeżeli droższe podręczniki niemieckie zestąpimy w części tańszemi tłomaczeniami rosyjskiemi. Na taki wydatek każdy lekarz zdobyć się może i zdobyć się musi, jeżeli tylko chce utrzymać się na wysokości spółczesnego postępu w swoim zawodzie. Zresztą, początkujący lekarz bibljotekę może kompletować w ciągu 3 lub 4 lat i cały wydatek podzielić tym sposobem na raty. W Niemczech, gdzie handel księgarski jest rozwinięty lepiej i z lepszem zrozumieniem własnego interesu, księgarze dostarczają książek początkującym lekarzom na miesięczne, nieraz, spłaty. U nas na inicjatywę w tym względzie handlujących książkami liczyć nie można, należałoby więc zorganizować samopomoc. Stowarzyszenie lekarzy lub kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy powinny się zająć tą sprawą i dostarczać swym członkom potrzebnych książek na spłaty. Sprawa cała jest łatwa do wykonania i, jak sądzę, z wielką korzyścią dla ogółu; polecam więc ją gorąco kierownikom wspomnianych instytucji.

Bibljoteka podręczna musi być własną, nie zastąpią jej nigdy żadne bibljoteki wspólne, zakładane przy towarzystwach lekarskich. Z takich bibljotek można, co najwyżej, czerpać książki dla systematycznego czytania, ale dla urywkowego czytania musimy mieć książki własne a to w celu, żeby z nich w każdej chwili korzystać można było. Bibljoteki publiczne mają swoją rację bytu; powinny zawierać obszerne bardzo monografie, kosztowniejsze dzieła, atlasy, zbiór możliwie kompletny roczników wszystkich pism perjodycznych lekarskich, wszystko to, co lekarz nie jest w stanie kupić i nie może posiadać w swoim podręcznym księgozbiorze. Jeszcze raz jednak powtarzam, że zastąpić podręcznych bibljotek nie mogą, gdyż szukanie książek i otrzymanie ich z bibljoteki publicznej przy najlepszej nawet organizacji wymaga pewnego zachodu i czasu, co niewątpliwie utrudnia wszelkie z nich urywkowe korzystanie. Nie potrzebuję dodawać, że bibljoteka podręczna musi być ciągle kompletowana. W miarę tego, jak poglądy zmieniają się i powstają nowe zdobycze nauki, trzeba starsze wydania zamieniać nowemi lub też nabywać odpowiednie nowości.

W końcu wspomnieć jeszcze muszę o sposobie czytania i korzystania z czasopism lekarskich. Nadmieniałem już poprzednio, że czytanie czasopism, jak to mówią: „od deski do deski“, t. j. od tytułu do ogłoszeń, nie wielką przynosi korzyść. Fakty tym sposobem poznane szybko się ulatniają z pamięci. Pisma perjodyczne powinny

przedewszystkiem dawać lekarzowi pojęcie o świeżych zdobyczach nauki, o nowych zagadnieniach, powstających w nauce i te lekarz nie odkładając powinien poznać. Jeżeli więc spotka artykuł lub referat o jakimś nowym sposobie badania, nowem leczeniu lub nowej teorji, to obowiązkiem lekarza jest zaraz zapoznać się z niemi. Przyczem nie wadzi krytycznie się na te nowości zapatrywać i traktować je jako prowizoryczne, niestwierdzone jeszcze nabytki poznania. Wszystko inne, co w piśmie znajdzie, a zatem artykuły i referaty w sprawach znanych, choćby nawet i zawierające nowe oświetlenie przedmiotu, należy pozostawić do czytania urywkowego. W tym celu należy skrzętnie gromadzić roczniki pism i w razie potrzeby szukać w nich dopiero odpowiednich artykułów. Artykuł przeczytany jako wyjaśnienie do spostrzeganego przypadku przynosi bez porównania większą korzyść, gdyż najpierw dłużej pozostanie w pamięci a następnie zyskuje kryterjum dla swej oceny bądź w danem spostrzeżeniu, bądź w innych pracach, które czytamy równocześnie w tej sprawie. A zatem czasopisma nadają się głównie do urywkowego czytania.

W sprawie rozszerzania szyi macicznej za pomocą wałeczka blaszkownicy (laminaria)*).

Podał **Dr. H. Raszkes** (Radom).

Rozszerzanie szyi macicznej zapomocą wałeczków blaszkownicy czyli laseczek laminarji znanem jest oddawna, mianowicie od roku 1862, kiedy anglik Sloan pierwszy polecił tą metodę. W każdym podręczniku położnictwa lub chorób kobiecych znajdujemy opis techniki używania tych wałeczków, służących do niekrwawego a powolnego rozszerzenia szyi macicznej. W każdym podręczniku przytoczone są szczegóły i przepisy ostrożności, jakie należy zachować w celu uniknięcia różnych trudności przy usuwaniu wałeczka z rozszerzonej szyi macicznej. Między innemi powstaje czasem w wałeczku, na miejscu odpowiadającem ujściu wewnętrznemu macicy, dosyć głębokie wcięcie wskutek tego, że niepodatne ujście wewnętrzne nie pozwala na napęcznienie, podczas gdy powyżej ujścia wewnętrznego i poniżej wałeczek blaszkownicy ulega zgrubieniu: wałeczek przybiera kształt zegara piaskowego; usunięcie jego wtedy z szyi macicznej jest bardzo utrudnionem. Że powikłanie powyższe jest dosyć rzadkie, wskazuje fakt, iż nie wszystkie podręczniki wspominają o niem. W podobnych przypadkach zalecają uchwycić mocno koniec wałeczka i silnie pociągać, podczas gdy dwoma palcami drugiej ręki odpychać należy część pochwową. Że to powikłanie jest niedostatecznie omówione dotychczas, wskazują 2 następujące przypadki.

I. Chora W., 32 lata mająca, jest w trzecim miesiącu ciąży. Rodziła 3 razy siłami natury. Od kilku lat cierpi na krwotoki płucne z powodu Tbc. Od początku obecnej ciąży stan płuc znacznie się pogorszył, wobec czego opiekujący się chorą kolega skierował ją do

*) Odczyt, wypowiedziany w Rad. Tow. Lek. dnia 31 Maja 1908 r.

mnie celem wywołania poronienia. Po odbytej naradzie postanowiliśmy wywołać sztuczne poronienie. Macica w normalnym położeniu; szyja zamknięta, bez owrzodzeń. Konsystencja macicy ciężarnej, wielkość odpowiada 3-mu miesiącowi ciąży. Przydatki maciczne bez zmian chorobowych. Po uprzedniem rozszerzeniu szyi macicznej rozszerzaczami Hauka założyłem jeden wałeczek laminarji. Posiadane przezemnie wałeczki są wydrążone i nitka jedwabna jest umocowana nie na końcu wałeczka, lecz przechodzi przez cały jego kanał. Wałeczek założony został w zwykły sposób, t. j. tak, iż 1 cm. wystawał z szyi macicznej do pochwy. Pochwę zatamponowano gazą jodoformową. Ciepłota chorej przez następne 24 godziny zupełnie normalna. Po 4—5 godzinach silne bóle w dole brzucha i w krzyżu, które trwają około 6 godzin. Po 24 godzinach usunięto bez uśpienia chorej gazę jodoformową z pochwy, następnie po odsłonięciu części pochwowej przystąpiłem do usunięcia napęczniałego wałeczka, lecz okazało się to niemożliwem. Nitka jedwabna przy mocnem pociągnięciu przecięła wałeczek przez całą jego długość. Kleszczyki, któremi starałem się uchwycić wałeczek dość wysoko, wsunąwszy je do szyi macicznej, ciągle się ześlizgiwały. Po usiłowaniach bardzo długich a dla chorej bardzo bolesnych, (trwających około 20 minut) udało się nareszcie usunąć wałeczek blaszkownicy, który miał zupełnie kształt zegara piaskowego. Otwór zewnętrzny i szyja przepuszczały swobodnie palec, ujście zaś zewnętrzne zaledwie koniec palca. Chora była tak zdenerwowana i zmęczona tą uciążliwą operacją, że pomimo krwawienia, które przytem wystąpiło, nie pozwoliła na dalsze zabiegi. Po 2 tygodniach, po kilku bardzo poważnych krwawieniach, poronienie nastąpiło samo.

Jeszcze ciekawszy jest przypadek następny.

II. Wezwany zostałem do chorej K. z powodu silnego krwotoku. Rodziła 2 razy, między 1-ym a 2-im porodem — poronienie. Ostatnia prawidłowa miesiączka przed 5 i pół miesiącami.

Chora przypuszcza, że jest w 6-ym miesiącu ciąży; czuje nawet od pewnego czasu ruchy dziecka. Obecnego krwotoku dostała w stanie zupełnego prawie zdrowia. Gdym przybył do chorej, znalazłem ją bardzo anemiczną, tętno drobne. Brzuch nieco wzdęty, niebolesny. Przy badaniu dwuręcznem znalazłem macicę wielkości, odpowiadającej 3-iemu miesiącowi ciąży. Z prawej strony dosyć głębokie stare rozdarcie szyi macicznej, tak iż zewnętrzne ujście przepuszcza koniec palca, wewnętrzne ujście zamknięte. Lewy jajnik, wielkości dużej pomarańczy, niebolesny, elastycznej konsystencji; jestto prawdopodobnie nieduża torbiel jajnika. Postawiono rozpoznanie „missed abortion“ i zaproponowano usunięcie jaja płodowego z jamy macicznej. Na ten zabieg chora się zgodziła dopiero nazajutrz po odbytej przezemnie naradzie z kolegami. Postanowiliśmy założyć wałeczek blaszkownicy i następnego dnia w uśpieniu chloroformem wydobyć jajo płodowe. Po rozszerzeniu szyi macicznej rozszerzaczami Hegar'a do № 10, założono dosyć łatwo jeden wałeczek średniej grubości, pochwę zaś zatamponowano gazą jodoformową. Nazajutrz po wydobyciu tamponu wałeczek usunąć się nie dał. Dzięki uśpieniu chorej próby usunięcia wałeczka były bardzo energiczne. Nitka jedwabna przecięła wałeczek

natychmiast przy pierwszem pociągnięciu. Nie można było też obrócić wałeczka wkoło osi podłużnej. Przy mocnem pociąganiu wałeczka cążkami, odrywały się kawałki z dolnej jego części. Widząc, po długich bardzo usiłowaniach, że wszystkie próby wydobycia wałeczka bez krwawego rozszerzenia ujścia macicznego, nie osiągają celu, przeciąłem między dwoma kulociągami przednią ścianę szyi macicznej przez całą jej długość wraz z wewnętrznym ujściem macicznym. Pęcherza moczowego nie oddzieliłem, gdyż przecinając ujście wewnętrzne, trzymałem się głównie wewnętrznej warstwy miąższu macicznego. Wałeczek wyszedł natychmiast, miał kształt zegara piaskowego i na miejscu, odpowiadającym wewnętrznemu ujściu macicznemu, nie zgrubiał wcale. Jednym palcem zostało wydobyte zmienione i stwardniałe jajo płodowe: nie znać było śladu ani płodu, ani jamy jaja płodowego Jamę maciczną przepłukałem rozczynem solveolu i zatamponowałem gazą jodoformową. Następnie zeszyłem szyję maciczną: przy ujściu wewnętrznem jednym szwem pogrążonym z catgutu, resztę zaś — czterema szwami catgutowemi. Do pochwy założyłem nieduży tampon z gazy jodoformowej. Nazajutrz usunąłem tampon z pochwy i macicy. Jamę maciczną przepłukałem za pomocą cienkiego kateteru Bozeman-Fritsch'a. Mocz chora oddaje sama, jest on zupełnie czysty.

Ósmego dnia oglądałem szyję maciczną. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Chora wstała dziesiątego dnia.

W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem jeden przypadek, kiedy też trzeba było użyć podobnego, ale mniej poważnego, zabiegu celem usunięcia wałeczka blaszkownicy, chociaż z innej zgoła przyczyny. Stolz z Grazu*) w celu wywołania poronienia z powodu gruźlicy płuc w 8-ym tygodniu ciąży u 21-letniej pierwiastki wprowadził wałeczek blaszkownicy. Następnego dnia stwierdził, że wałeczek wcale nie rozszerzył zewnętrznego ujścia, lecz dolny jego koniec leżał w okolicy ujścia wewnętrznego, czyli że wałeczek usunął się do jamy macicznej. Stolz rozciął tylko szyję maciczną do ujścia wewnętrznego, które było rozszerzone przez wałeczek do grubości jednego palca, a następnie po usunięciu wałeczka zeszył 3 szwami z catgutu. Żeby uniknąć podobnych wypadków, Stolz radzi używać wałeczków, których dolny koniec jest znacznie szerszy od górnego.

Przed pół rokiem opowiadał mi priv.-doz. Halban, ginekolog wiedeński, że zmuszony był w jednym przypadku przeciąć szyję maciczną w celu usunięcia laminarji; przypadku tego nie opisał.

Przypadek, bardzo podobny do mojego I-ego, opisał niedawno Grossman z Frankfurtu n. M. **) Chorej, która nigdy nie rodziła, a skarżyła się na silne bóle przy miesiączkowaniu, rozszerzył w uśpieniu chloroformem wązkie bardzo ujście i szyję maciczną rozszerzaczami Hegara do № 4 i założył odpowiedniej grubości wałeczek blaszkownicy. Po 24 godzinach usunięcie wydało się narazie niemożliwem na-

*) Einklemmung eines Laminariastiftes im Uterus Centralbl. f. Gynäkol 1907. № 41.

**) Einklemmung eines Laminarstiftes im Uterus. Centralbl. f. Gynäkol. 1907 № 52.

wet w ponownem uśpieniu chloroformowem. Po dłuższych jednak próbach udało się bez krwawego zabiegu, jak i w moim pierwszym przypadku, wałeczek usunąć. Wobec tego Grossmann nigdy więcej nie używa laminarji u nierodzących, lecz rozszerza szyję maciczną rozszerzaczami Hegara i następnie tamponuje mocno szyję maciczną, szczególnie w okolicy wewnętrznego wyjścia, gazą jodoformową, którą zostawia na 48 godzin.

Otóż Schaeffer*), krytykując artykuł i pogląd Grossmana, wypowiada zdanie, że można uniknąć podobnych powikłań, gdy przy niepodatnem bardzo ujściu wewnętrznem używać nie zbyt grubych wałeczków: wałeczek laminarji powinien być znacznie cieńszy, niż ostatni numer wprowadzonego rozszerzacza Hegara.

Następnie, zdaniem Schaeffer'a, przy wydobywaniu wałeczka należy w podobnych przypadkach pociągać nieustannie i ciągle z jednakową siłą, a nie nagle; w ostateczności należy, jak radzi też Asch, zostawić wałeczek na 2 dni; potem usunięcie jego jest znacznie łatwiejsze.

Nie mogę się zgodzić, aby powstawanie wcięcia w wałeczku pochodziło tylko z użycia zbyt grubego numeru. W moim drugim przypadku rozszerzyłem szyję do № 10, wałeczek zaś odpowiadał grubości najwyżej № 8 rozszerzacza i wszedł do szyi z wielką łatwością. Nie mogę się też zgodzić na pozostawianie wałeczka laminarji na 2 dni w macicy. Ktokolwiek zakładał chociaż raz jeden laminarję, wie, że już po 24 godzinach zbiera się w dolnej części jamy macicznej, w kanale wałeczka i w samym miąższu jego masa śluzu i materjału rozpadowego, na którym wszelkie zarazki mogą znaleźć nadzwyczaj podatny grunt do swego rozwoju. Niebezpieczeństwo zaś wprowadzenia takowych jest bardzo poważnem, szczególnie wobec licznych prób usunięcia wałeczka poprzedzających zwykle decyzję pozostawienia go jeszcze na 24 godz.

O wiele mniej niebezpiecznem wydaje mi się dokonane przezemnie w drugim moim przypadku przecięcie szyi macicznej wraz z ujściem wewnętrznem, czyli pewnego rodzaju sectio caesarea vaginalis. Osiągamy przytem jeszcze tę korzyść, że możemy natychmiast i odrazu opróżnić jamę maciczną. Gdyby w moim drugim przypadku udało się nareszcie bez rozcięcia szyi wyciągnąć wałeczek, ujście nie było by dosyć szerokie, dla wydobycia jaja płodowego, a więc musiałbym założyć laminarję raz jeszcze. Dla chorych nerwowych, które nadzwyczaj ciężko jest namówić do jakiegokolwiek zabiegu, takie odkładanie operacji ostatecznej na dzień lub dłużej, nie jest bynajmniej obojętnem. Tak w moim pierwszym przypadku chora wolała niebezpieczne krwawienia, niż powtórne zniesienie tych bólów, jakie miała przy usuwaniu wałeczka laminarji. Szyja maciczna po zeszyciu zrasta sią zwykle bardzo dobrze i operacja taka nie pozostawia żadnych złych następstw. Jeżeli zaś lekarz nie posiada techniki, lub pomocy, niezbędnej do dokonania takiego stosunkowo prostego zabiegu, jak przecięcie i następne zeszycie szyi macicznej, to niech najlepiej wcale nie używa wałeczków

---

*) Centralbl. f. Gynëkol. 1908 r. № 11 p. 365.

blaszkownicy. Zastąpić je można przez mocne tamponowanie gazą jodoformową szyi macicy, po uprzedniem rozszerzeniu jej rozszerzaczami. Ten ostatni zabieg, coprawda, nie zawsze doprowadza do celu już w ciągu 24-u godzin, lecz jest dla chorych o wiele znośniejszym i nigdy nie daje takiego niemiłego powikłania, jakiem jest zaciśnięcie wałeczka blaszkownicy. Przed kilkoma miesiącami, na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego we Wrocławiu L. Fraenkel*) pokazał specjalne cążki, służące do wydobywania wałeczków blaszkownicy. Są to mocne bardzo cążki z zamkiem Cremaillere, z wygiętymi i naciętymi końcami, które dokładnie i mocno dopasowują się do obwodu napęczniałego wałeczka blaszkownicy. Jeżeli nawet cążki te nigdy nie zawodzą, to bóle przy wydobywaniu niemi zaciśniętego wałeczka będą tak duże, że uniemożliwią zastosowanie cążków u niektórych chorych bez uśpienia. Ponieważ zaś ujście wewnętrzne i kanał szyi nie będą w takim wypadku dostatecznie rozszerzone, do wydobycia całej zawartości jamy macicznej, wypadnie poddać chorą po 24 godzinach ponownemu uśpieniu, co bynajmniej nie jest pożądanem. A więc i cążki Fraenkel'a nie usuwają wszystkich niedogodności wałeczka blaszkownicy.

Obecny stan wiedzy o guzach noso-gardzielowych oraz przyczynek do kazuistyki tych guzów.

Napisał **Dr. D. Helman** (Łódź).

(Ciąg dalszy).

Najczęściej włókniaki nie zbyt silnie rozwinięte mogą być przyjęte za polipy nosogardzielowe. Według Streita[28]) tego rodzaju błędy djagnostyczne zdarzają się bardzo często, gdyż nietylko kliniczny obraz, ale i histologiczne własności tych guzów są do siebie bardzo podobne. Trelat, Vigot i Mathieu[46]) opisali specjalny rodzaj guzów zajmujących jakoby ogniwo pośrednie między polipami nosogardzielowemi a włókniakami, którym dali nazwę „polypes fibro-muqueux". Biorą one początek w bezpośredniem sąsiedztwie tylnych nozdrzy nosowych, t. j. tam, gdzie cienka błona śluzowa przechodzi w bardziej twardą śluzówkę jamy nosogardzielowej. Są to jednak tylko nieznaczne odmiany typowych włókniaków, w których z biegiem czasu nastąpiło częściowe zwyrodnienie śluzowe, główną ich budowę stanowi jednak tkanka włóknikowa. Charakterystykę polipów nosogardzielowych podałem wyżej, tutaj tylko nadmienię, że ich miękka konsystencja, podatność, obecność szypuł, biorących początek w jamie nosowej, brak krwawień, brak zniszczeń części kostnych, pozwolą odróżnić je od włókniaków.

Niekiedy *tylne odcinki muszel nosowych* dochodzą do tak znacznych rozmiarów, iż wypełniają część jamy nosogardzielowej a nawet zwieszają się z po za miękkiego podniebienia. Zastosowanie adrenaliny-cocainy, rhinoscopja post., badanie palcem przy uwzględ-

*) Centralbl. f. Gynäkol. 1908 № 12 p. 402.

nieniu reszty objawów klinicznych mogą zapobiedz błędom rozpoznawczym.

Wybujałe wegetacje adenoidalne niezwykle rzadko mogą przyjąć tak wielkie rozmiary, by symulowały włókniaki, częściej bywa odwrotnie, iż włókniaki o miękkiej konsystencji były mylnie rozpoznane, jako nadmierny przerost wyrośli adenoidalnych. Podobny przypadek opisał niedawno Streit[28]).

Dalej przy różniczkowem rozpoznawaniu należy pamiętać, iż zdarzają się też w tej okolicy guzy *chrząstkowe* i *kostne*. Są to jednak niezmiernie rzadkie zjawiska i charakteryzuje je ich twarda konsystencja.

Do niezmiernie rzadkich guzów spotykanych w jamie nosogardzielowej należy niewątpliwie guz opisany przez Grecco i Bocca Berlinghieri, który powstał w ten sposób, iż ganglion Gasseri i odnoga 2-ej gałązki n. trójdzielnego zamieniły się w dużą masę nowotworową, która przez otwór skrzydłopodniebienny wypuściła duży wyrostek do jamy nosogardzielowej, jak również przypadek opisany przez Olliera, gdzie wypuklina mózgowa symulowała guz nosogardzielowy.

Dalej, jak już wspomniałem, w przypadkach gdzie guz nosogardzielowy przybrał znaczne rozmiary trudno rozpoznać, czy guz ten nie wychodzi z sąsiedztwa, zwłaszcza z górnej szczęki i dopiero wtórnie pojawił się w nosogardzieli, gdyż jak wykazał König[41]) górnoszczękowe guzy mogą również, jak i włókniaki nosogardzielowe wrastać do sąsiednich otworów i jam w kierunku jamy nosowej, nosogardzielowej, oczodołu, a nawet przez podstawę czaszki mogą wrastać do mózgu.

Wreszcie przy różniczkowej djagnozie włókniaków należy zawsze uwzględnić możliwość *guzów złośliwych*, z ktorych najczęściej spotykamy tu raki i mięsaki.

Co się tyczy *raków* to te spotykamy zwykle w okresie, kiedy włókniaki mogą być stanowczo wykluczone, gdyż, jak już niejednokrotnie wspominałem włókniaki, występują wyłącznie u chorych do 25 — 30 rokn życia.

Daleko większe trudności rozpoznawcze spotykamy przy *mięsakach*, gdyż te rozwijać się mogą i u osobników młodych. Trudności te potęguje jeszcze i ta okoliczność, że, jak to wykazały spostrzeżenia licznych autorów, włókniaki z biegiem czasu przez wpływy zewnętrzne mogą ulegać zwyrodnieniu mięsakowemu. W każdym razie przy djagnozie rożniczkowej należy zawsze pamiętać, że włókniaki nosogardzielowe, podległe nawet częściowej degeneracji mięsakowej, co intra vitam nigdy nie da się skonstatować, nie dają przerzutów i dalej, że typowe mięsaki nigdy nie biorą początku ze stropu lub ze ścian jamy nosogardzielowej, a, jak wykazały liczne obserwacje, wyłącznym niemal miejscem ich wyjścia jest tylko koniec średnich muszel nosowych, niekiedy zaś brzegi przegrody nosowej.

Co się tyczy *rokowania*, to dawniej do roku 1865 lekarze wyrażali się bardzo pesymistycznie ze względu na często obserwowa-

ne nawroty, ilość których dochodziła w niektórych przypadkach do 25 (Boutral). Ta nadzwyczajna częstość recydyw, obserwowana przez wszystkich niemal ówczesnych chirurgów znajduje swe objaśnienie w trudności doszczętnego wyłuszczenia guza biorącego swój początek w tak niedostępnej okolicy. Virchow[48]) zaliczał włókniaki nosogardzielowe do rzędu guzów złośliwych ex re często spostrzeganego przy nich zniszczenia sąsiednich kości (Die Krankhaften Geschwülste. Berlin 1863 Bd I str. 355). Obecnie w sprawie rokowania dzięki ulepszonym metodom badania umożliwiającym rozpoznanie guza już w początkowych okresach rozwoju i udoskonaleniu techniki operacyjnej istnieje pogląd bardziej optymistyczny. Jakkolwiek włókniaki nosogardzielowe należy pod względem anatomo-patologicznym odnieść do kategorji guzów łagodnych, jednakże rokowanie nie zawsze może być pomyślne z powodu możliwości degeneracji mięsakowej guza. Zazwyczaj zwyrodnienie to następuje, jak to stwierdzili niektórzy autorowie, po nieudatnych próbach usunięcia guza. Rokowanie jest o tyle pomyślniejsze, o ile włókniak nie posiada wielu rozgałęzień, nie ma zbyt wielkich rozmiarów i powstał wkrótce przed końcem okresu rozwoju płciowego, gdyż po tym okresie, może zupełnie zaniknąć po nieznacznych rękoczynach a nawet samoistnie. Ta ostatnia przez licznych autorów obserwowana własność włókniaków powinna zawsze służyć cennym drogowskazem przy wyborze metody operacyjnej.

W każdym poszczególnym przypadku należałoby możliwie odkładać i powstrzymywać się od zbyt radykalnych i niebezpiecznych operacji, usuwać guz bez przedwstępnych operacji, zwalczać groźne objawy kliniczne dopóty, dopóki nie nastąpi okres, gdy włókniak zniknie samoistnie. Niestety w niektórych wypadkach cały szereg poważnych objawów klinicznych, a zwłaszcza krwotoki nie pozwalają nam zachowywać się wyczekująco i często zmuszają do interwencji chirurgicznej.

Niezmiernie utrudniony dostęp do tych guzow i zbyt mała objętość jamy noso-gardzielowej stwarzają bardzo uciążliwe warunki dla zabiegów chirurgicznych. Nad złagodzeniem i usunięciem tych trudności już od setek lat pracowali najpoważniejsi chirurdzy, polecając co raz to nowe często bardzo skomplikowane metody operacyjne.

Historję rozwoju lecznictwa włókniaków można rozdzielić na 5 okresów.

Pierwszy okres datuje się do roku 1717. Widoczne dla gołego oka części guzów miazdżono, wyrywano za pomocą najróżnorodniejszych przyrządów i przyżegnano prymitywnemi środkami. Już Hippokrates zastosował czasową rezekcję chrzęstnej części nosa dla usunięcia włókniaków.

Drugi okres rozpoczyna się od r. 1717, gdy ukazała się obszerna praca Manne'a z Arignon. W pracy tej Manne podaje własną metodę, polegającą na przedwstępnem rozszczepieniu miękkiego podniebienia w celu utorowania dostępu do podstawy guza. Lecz metoda ta nie znalazła wielu zwolenników. Zjawia

się szereg nowych publikacji G o r e n g r o t'a, F a r a n g e t'a, E u s t a c h'a, S c a r t'a, L a v r e t'a, M o r a n d'a, W h a t e l y i in. L a v r e t stosował pętlicę, M o r a n d posługiwał się tak zw. „ebranlement“ — niezmiernie gruby, sposób polegający na rozmiażdżaniu nowotworu przy pomocy palca wprowadzonego przez przedni otwór nosowy i dwóch palców drugiej ręki, któremi chwytał część guza zwieszającą do gardzieli. W h a t e l y zalecał stosować kleszcze i posuwać je aż do stropu gardzieli. D i f f e n b a c h uzupełnił tą metodę przedwstępnem otwieraniem miękkiego podniebienia. G o r e n g o t i W u t z e r otwierali jamę nosową z przodu, odcinając skrzydła nosa, który to zabieg stosowano dość często do początków 19-go stulecia.

3-ci okres rozpoczyna się od r. 1832, kiedy angielski chirurg S y m e po raz pierwszy zastosował niezwykle śmiały zabieg chirurgiczny — całkowitą rezekcję górnej szczęki. N e l a t o n stosował czasową rezekcję miękkiego i twardego podniebienia, L a n genbeckowi zaś zawdzięczamy pierwszą osteoplastyczną operację, a właściwie mówiąc, czasową przedwstępną rezekcję górnej szczęki i od wprowadzenia tej genjalnej metody (r. 1859) datuje się nowy zwrot w historji techniki operacyjnej włókniaków nosogardzielowych — *4-ty okres.*

Cały niezliczony szereg poleconych przez ówczesnych i późniejszych chirurgów metod operacyjnych przedstawia tylko mniejsze lub większe modyfikacje metody Langebeck'a lub najrozmaitsze kombinacje kilku metod.

Wreszcie *5-ty okres* rozpoczyna się od chwili, gdy na widowni zjawiła się nowa gałęź wiedzy chirurgicznej — pharyngo-chirurgja. Opisane wyżej tragiczne kliniczne obrazy zdarzają się coraz rzadziej, gdyż dzięki rhinosc. ant. i post. możemy skonstatować obecność guza w pierwszych okresach jego rozwoju, gdy nie zdążył jeszcze wywołać zniszczeń w kościach. Bardziej konserwatywne zabiegi stosowane przez rhinologów znacznie ograniczyły ilość wskazań do przedwstępnych operacji.

Choć rzadziej jednakże zawsze jeszcze zdarzać się będą przypadki, gdzie usuwanie włókniaków nosogardzielowych „per vias naturales“ okaże się niemożliwem, a mianowicie przypadki zaniedbane, w których wytworzyły się liczne zrosty, gdzie podejrzewamy znaczne ścieńczenie lub przebcie podstawy czaszki, gdzie wyrostki dojdą do jamy czaszkowej, a zwłaszcza przypadki włókniaków pozaszczękowych. Chirurdzy torują sobie drogę do jamy nosogardzielowej w *trojaki sposób* ze strony: 1) jamy ustnej 2) nosa i 3) policzków.

Nie będę opisywał metod operacyjnych ze strony jamy ustnej Manna, Boakela, Maisonneuve'a i innych, gdy wszystkie te metody w słabym tylko stopniu ułatwiały dostęp do miejsca przyczepu włókniaków. Stosunkowo większy dostęp dawała metoda Gussenbauer'a, który wykonywał cięcie wzdłuż linji środkowej twardego podniebienia, oddzielał błonę śluzową i okostnę niemal do wyrostka zębodołowego (processus alveolaris), wydłutowywał

duży otwór, usuwając wyrostek podniebienny i kości podniebienne i w ten sposób torował sobie drogę do gardzieli i do jamy nosowej. Po usunięciu guza nakładał szwy na okostną wraz z błoną śluzową. Mikulicz[51]) w jednym przez siebie operowanym przypadku zmodyfikował metodę Gussenbauer'a w ten sposób, iż prócz twardego podniebienia przeciął też całe podniebienie miękkie, usunął następnie, odseparowawszy błonę śluzową i okostnę, średnią część twardego podniebienia i wyciął guz krzywemi nożyczkami, resztki zaś wyskrobał wraz z okostną do podstawy czaszki. Huguier uruchamiał wyrostek zębodołowy górnej szczęki, przepiłowując go poziomo i odchylał wraz z twardym podniebieniem ku dołowi. Annendale oddzielał twarde podniebienie i processus alveolaris w linji środkowej. Kocher połączył dwie ostatnie metody: po przecięciu górnej wargi, przepiłowywał obiedwie górne szczęki nad wyrostkiem zębod łowym, przecinał twarde podniebienie w linji środkowej i wreszcie silnym ruchem za pomocą haków odchylał na zewnątrz obydwa kostne płaty, trzymające się tylko na błonie śluzowej. Metoda tą jak również zbliżona do niej metoda Hobsa[52]) nie znalazły szerokiego zastosowania, gdyż krwawienie przy tych operacjach jest bardzo obfite. Portsch[53]) podał w r. 1897 niezmiernie oryginalną metodę operowania, na którą naprowadził go obserwowany przez niego przypadek złamania twardego podniebienia wraz z wyrostkiem zębodołowym górnej szczęki i przegrodą nosową. Zagojenie fractury nastąpiło tak szybko, że Portsch postanowił wykonać sztuczną fracturę w celu usunięcia guza nosogardzielowego. W tym celu przeprowadził cięcie przez błonę śluzową vestibuli oris od 2 prawego zęba trzonowego wzdłuż do 2 lewego nad wyrostkiem zębodołowym, odseprarował błonę śluzową i okostną w ten sposób iż otwierał sobie dostęp do apertura pyriformis. Następnie za pomocą tępych haczyków silnie odchylał miękkie części ku górze i nazewnątrz, wprowadził do rany bardzo szerokie dłutko, którym przecinał przegrodę nosową, jak również przednią i zewnętrzną ściankę górnej szczęki aż do tubera maxillaria nad błoną śluzową dna jamy nosowej. Przy zastosowania pewnej siły udawało mu się następnie odchylić całe podniebienie ku dołowi i stworzyć obszerny dostęp do guza.

Helferich zmodyfikował metodę Portsch'a w ten sposób, iż cięcie prowadzi nie przez błonę śluzową ale nad górną wargą, co wprawdzie pozostawia bliznę na twarzy, lecz znacznie ułatwia oddłutowanie podniebienia twardego i mniej zasłania pole operacyjne. Metodę są opisał szczegółowo Finzelberg[54]). Ponieważ przy usuwaniu guzów ze strony jamy ustnej mogą nastąpić silne krwotoki i krew zaciekać może do dróg oddechowych, przeto niektórzy chirurdzy starali się zapobiedz temu przez wykonanie uprzednio tracheotomji i zakładanie aparatu Trendelenburga, inni operują przy zwieszonej głowie według Rose'go. Mikulicz, Billroth, Koenig radzą przy dłużej trwających operacjach u ludzi starszych i niedokrwistych usypiać chorego tylko podczas pierwszych cięć, a potem pozwolić mu zwolna przyjść do siebie, u ludzi zaś młodych i niesfornych stosować sposób Rose'go.

W ostatnich latach Kuhn[55]) gorąco poleca usuwanie guzów nosogardzielowych drogą przecięcia miękkiego podniebienia, rozekcji twardego i wyrostka zębodołowego górnej szczęki przy zastosowaniu tak zw. peroralnej intubacji.

2) Więcej rozpowszechnienia znalazł śród chirurgów sposób operowania *przez nos* ze względu na mniejsze zniekształcenie jakie po sobie pozostawia. Operacje te można dzielić na 2 grupy:

a) przecięcie i odchylanie miękkich części nosa;

b) przecięcie i odchylanie całego nosa (t. j. miękkich i kostnych jego części);

a) Rozszczepienie i odchylanie miękkich części nosa.

Tę prostą metodę zastosował już Hippokrates, który przecinał nos w linji środkowej i odchylał chrzęstkowe jego części.

Również prostą jest metoda Garengot i Wutzera, którzy w celu utorowania drogi do guza podcinali skrzydła nosa tuż u fałdy policzkowej; blizna po tej operacji jest mniej widoczną niż przy metodzie Hippokratesa, obie metody dają bardzo mały dostęp do guza.

Nieco łatwiejszym jest dostęp do nosa przy metodzie Rouge'a, który przecina błonę śluzową wargi górnej na miejscu przejścia na górną szczękę, odcina przegrodę nosową i skrzydła nosa i odciąga wreszcie cały ten płat wraz z górną wargą ku górze.

Metodę Fourneaux Jordana bardzo poleca Barącz[56] i [57]). Cięcie pionowe przez górną wargę aż do otworu nosowego i przez skrzydła nosa i po odseparowaniu odwinięcie powstałego płatu trójkątnego; to samo można wykonać i po drugiej stronie w razie znacznych rozmiarów guza. Fourneaux Jordan usuwa guz za pomocą nożyczek, Barącz zaś posiłkuje się w tym celu łyżeczkami Königa.

b) Przecięcie i odchylanie całego nosa.

Najbardziej znaną i rozpowszechnioną jest metoda Chassaignaca udoskonalona przez Bruns'a: dwa cięcia poprzeczne, jedno u góry przez nasadę nosa, drugie pod skrzydłem nosa, podłużne zaś cięcie przeprowadzone z boku łączy dwa poprzednie.

W kierunku tych nacięć zostają przepiłowane kości, chrzęstki i przegroda i wreszcie cały nos zostaje odchylony w stronę przeciwną.

Ollier prowadzi cięcie w kształcie podkowy od jednego skrzydła drugiego, przepiłowywa wyrostki nosowe obydwu górnych szczęk oddziela przegrodę i odchyla płat ten ku dołowi.

Langebeck wykonywał osteoplastyczną (tymczasową) rezekcję wyrostków nosowych górnej szczęki i kosteczek nosowych. W tym celu prowadził cięcie od środka glabellae przez grzbiet nosa do końca kostnej jego części, a ztąd przedłużał cięcie boczne wzdłuż apertura pyriformis do skrzydła nosa, odchylał płat skórny i starając się nie naruszyć okostnej oddzielał kosteczki nosowe w linji środkowej obok septum, wreszcie przepiłowywał wyrostek nosowy górnej szczęki u podstawy przeprowadzając piłkę przez

apertura pyriformis do oczodołu. W ten sposób można os nasale i processus nasalis, które pozostają w związku z błoną śluzową i okostną odchylić ku górze i na zewnątrz, a później znowu reponować. Gussenbauer otwiera górne części całego nosa w ten sposób, iż prowadzi cięcie od środka górnego brzegu oczodołu do proc. nasalis górnej szczęki, ztąd poprzecznie przez nos trzymając się brzegów kosteczek nosowych i w tym samym kierunku po drugiej stronie przedłuża i cięcie i odchyla płat ku górze.

Podobny wynik otrzymać można przy metodzie Küstera, według której poprzecznym cięciem oddziela się chrząstkową część nosa od kostnej, pierwszą pozostawia się in situ, drugą zaś przy pomocy podobnych cięć, jak przy metodzie Gussenbauer'a odchyla się na drugą stronę.

Linhart przecina nos w linji środkowej, odpiłowywa kosteczki nosowe i wyrostek nosowy od wyrostka czołowego i nie odseparowując skóry odchyla za pomocą eleratorium całą połowę na zewnątrz, przyczem następuje fractura w okolicy kosteczki łzowej.

W ten sam sposób można ewentualnie odchylić drugą połowę nosa. Według Kümmel'a należy posługiwać się tu piłką *Kuzy-Gigli* do odseparowania kosteczek. (d. c. n.)

Zjazd hygienistów w Lublinie.

Dnia 26-go, 27-go i 28-go września r. b. odbył się Zjazd hygieniczny w Lublinie.

Podajemy sprawozdanie ze Zjazdu — podług opracowania redaktora sprawozdań zjazdowych, kol. J. Jaworskiego („Gaz. Lek.").

Przybyło około 200 lekarzy. Obrady odbywały się w sali teatralnej. Zagaił je dr. Jaworowski z Lublina, witając zgromadzonych imieniem lubelskiego oddziału Warsz. Tow. Hygienicznego, poczem zaznajomił zebranych z rozwojem historycznym i sanitarnym miasta.

Powołano do prezydjum na prezesów honorowych: dra Polaka z Warszawy, dra Tołwińskiego z Lublina, oraz do prezydjum drów: Macieszę z Płocka, Michałowskiego z Żelechowa, Nowaka z Częstochowy, Chełchowskiego z Warszawy, Raczyńskiego z Ciechocinka, Puławskiego z Nałęczowa, Pełczyńskiego, z Radomia, Chmielińską z Łowicza, Olszakowskiego z Włocławka, Gorskiego z Piotrkowa, S. Sterlinga z Łodzi, Poczobuta z Łucka. Na redaktora sprawozdań Zjazdu powołano dra Jaworskiego z Warszawy, na sekretarzów: drów Jaczewskiego, Modrzewskiego i Arnsteina z Lublina i Mag. Farm. Białobrzeskiego z Warszawy.

Na zebraniu uroczystem dr. J. Polak, prezes Warsz. Tow. Hyg., skreślił działalność Towarzystwa w ciągu dziesięciu lat jego istnienia.

Ze sprawozdania dra Polaka okazuje się, że „Towarzystwo Hygieniczne“, którego pierwsze zebranie odbyło się w Warszawie 1-go czerwca 1898 r., posiada 13 oddziałów prowincjonalnych, około 1100 członków czynnych i tyluż zwyczajnych, że w ciągu istnienia swego odbyło około 700 posiedzeń w Warszawie i 1700 w oddziałach prowincjonalnych, że średni budżet jego wynosi w Warszawie około 5700, a na prowincji około 7500 rub. rocznie, nie licząc budżetów instytucji Towarzystwa, że Towarzystwo posiada w Warszawie znane powszechnie ogrody dziecięce imienia W. E. Rau'a z kapitałem 300000 rub., w których to ogrodach około 400000 dzieci odbywa ćwiczenia fizyczne, że podobne, acz skromniejsze, ogrody powstały i w różnych oddziałach na prowincji, że druga wielka instytucja nasza: Instytut hygieny dziecięcej imienia Lenval'a, z kapitałem około 10000 rub. podaje różnorodną pomoc w zakresie hygieny około 20000 dzieciom rocznie, a trzecia, Sanatorjum dla chorób piersiowych (które imieniem dra Dunina możnaby nazwać), posiada już 200000 rub. kapitału, że Towarzystwo i jego oddziały posiadają skromne księgozbiory, przyczyniają się do powstawania łaźni ludowych, stacji szczepienia ospy, utrzymują muzeum hygieny ludu w Częstochowie, zakładają „Krople mleka“, urządzają zjazdy i wystawy oraz konkursy, udzielają drobnych zasiłków na cele zdrowia publicznego, utrzymują czasopisma hygieniczne, wydają broszury, urządzają odczyty publiczne, urządzają dozór hygieniczny obywatelski, wchodzą w stosunki z władzami i instytucjami, usiłując uruchomić wszystkie motory, jakie w ogólności gdziekolwiek i kiedykolwiek dla zdrowia publicznego utworzono.

Dotychczasowe wyniki działalności Towarzystwa uwidoczniają się w uruchomieniu na cele hygieniczne kapitałów zapasowych miast i wyszukaniu funduszów na cele zdrowotności, czego przykład dały Radom i Lublin; w budowie łaźni (Pszczelin, Nałęczów' Cieleśnica, Drobina), wzorowo urządzonych szkół, szpitali, w organizacji biura zdrojowisk i uzdrowisk polskich, w „Kropli mleka“, w ogrodach dziecięcych i t. d.

Dziesięcioletni okres Towarzystwa dr. P. nazywa „okresem obudzenia zdrowotności, okresu walki z rutyną“. „I oto stoimy wobec zadania, co dalej począć. Znajdujemy się w okresie bardzo smutnym, w okresie rozczarowań i wzmożonego pesymizmu. Jesteśmy nieszczęśliwsi poniekąd od dzikich barbarzyńskich narodów, bo sfera ich pragnień i ideałów jest znacznie węższa. My, skazani biegiem dziejów na kulturalne dążności, znający piękne urządzenia narodów ościennych bezsilnie wyciągamy ręce do tej kultury, naprężamy wszelkie struny patrjotyzmu, aby popierać własne uzdrowiska, unikając obcych, lepszych i często tańszych, bijemy głową o mur i słabe wciąż osiągamy wyniki. I dlatego nazywam epokę obecną najbardziej dla nas smutną, że rozbudziliśmy w sobie i w całym kraju to pragnienie uzdrowotnienia i spostrzegamy tem większą różnicę pomiędzy rzeczywistością a ideałem.

Ale niemasz przykładu w dziejach ludzkich, aby rozbudzone pragnienia pozostawały bez wyników. Jeżeli nie osiągniemy celów naszych dla nas, o co jednak usilniej starajmy się, to zasiew nasz uszczęśliwi potomstwo nasze; dla nas pozostanie zawsze zadowolenie,

że w samoobronie narodu nie zaniedbaliśmy placówki, którą nam los powierzył".

Do urządzeń, które doprowadzają do celów, stanowiących trzy podstawowe części programu Zjazdu: najszerszego spopularyzowania hygieny, zabiegów dążących do podniesienia zdrowotności miejsc zaludnionych i rozwoju fizycznego, idącego w parze z duchowym rozwojem dziatwy i młodzieży, dr. P. zalicza instytut centralny hygieniczny, oraz organy peryferyczne, przenoszące hygienę pod strzechy włościańskie, których zadaniem byłoby wzajemne zobowiązanie się członków do przestrzegania zasad hygieny.

Na zakończenie dr. P. stawia pytanie:

„Z trzech instytucji, które w zdrowotności publicznej w krajach cywilizowanych udział biorą, t. j. rząd, gmina, i urządzenia inicjatywy prywatnej, na której się możemy oprzeć w chwili obecnej?

Zdrowie publiczne w krajach kulturalnych polega głównie na gminie, której rząd pomaga.

Stwierdziliśmy, że mrówcza praca naszych członków zdołała obudzić nieco inicjatywy w gminach większych, lecz najmniejsze, zwłaszcza niewspierane materjalnie, raczej hamowane w rozwoju swym, nie obudziły się jeszcze.

Gdy rozum i dobra wola staną się udziałem wszystkich, lub większości tych, którzy mają wpływ stanowczy wywierać na zdrowotność, dopiero wtedy zdrowotność naszego kraju wejdzie na tor prawidłowy.

Zanim to jednak nastąpi — zginęlibyśmy, gdyby nie ofiarna samopomoc społeczna, i dlatego po latach dziesięciu, jeszcze raz to podkreślam, nic z zadań naszych się nie zmienia, nie stanęliśmy na żadnym przełomie.

Dlatego też każdy jędrny, dzielny objaw działalności naszego Towarzystwa napawa nas otuchą i siły dodaje.

Gdy więc w tej, bądź co bądź, uroczystej chwili naszego obchodu dziesięciolecia spotykamy się z faktami takimi, jak pierwszy prowincjonalny Zjazd hygieniczny i wystawa hygieniczna prowincjonalna, wystawa trafnie obmyślaną, starannie wykonana, wystawa jaką nie mogło się pochlubić dotychczas żadne miasto prowincjonalne w krajach samodzielnych i bardziej od naszego we wszystko zaopatrzonych, zapiszemy te czyny naszego oddziału lubelskiego wielkiemi głoskami w dziejach naszego Towarzystwa".

Tegoż dnia po południu wygłoszono szereg odczytów z działu hygieny miast i osad.

Obrada rozpoczęcie się pod przewodnictwem dra Chełchowskiego od odczytania pracy dra Certowicza z Wrocławka.

Autor rozesłał przeszło 80 kwestjonarjuszów do lekarzy miejskich i powiatowych, a dotyczących hygieny miast; i otrzymał zaledwie 27 odpowiedzi. Z materjału, który zestawił, widać, że ani jedno miasto nie odpowiada bodaj najskromniejszym wymaganiom hygieny, a śmiertelność w niektórych (Grójec) dochodzi do 38%.

Bruki, oświetlenie, cmentarze, usuwanie odpadków i nieczystości, woda do picia w żadnem mieście nie stoją na wysokości pożądanej, a co do kąpieli i czystości mieszkańców, to tylko rzecz można, że nie-

dawno zamknięto z braku chętnych do kąpieli wanny w jednem z miast powiatowych.

Ponury obraz, wiejący z tego zestawienia, przypomniał nam całą ohydę warunków, w jakich żyć jest zmuszona ludność naszych miast i osad, i każe smutne wysnuwać horoskopy co do epidemii, zagrażającej krajowi.

Podniósł to szczególnie w drugim odczycie dr. Maciesza z Płocka, który, opierając się na statystyce urzędowej z r. 1905, dowiódł, że śmiertelność z chorób przewodu pokarmowego, chorób zakaźnych i gruźlicy przekracza najwyższe znane liczby dla miast Europy.

Dr. M. na zasadzie tych danych doszedł do wniosku, że przy dotychczasowej gospodarce miejskiej o racjonalnem wykorzenieniu zła nie może być mowy, że jednak rąk opuszczać nam nie wolno i acz tylko paljatywnie, ale działać należy. Zwrócić trzeba uwagę przedewszystkiem na wysoką śmiertelność dzieci i w tym kierunku pracować przez zakładanie instytucji kropli mleka, hygieny dzieci; z drugiej zaś strony Warsz. Tow. Hyg. powinno podać rękę wszystkim instytucjom oświatowym, społecznym i kulturalnym w kraju, aby za ich pośrednictwem szerzyć ziarna hygieny śród ludu.

Potrzebę podniesionia kultury, a przedewszystkiem zamiłowania do czynienia śród ludu, akcentował też obrazowo dr. Michałowski z Żelechowa, przytaczając wymowne, z życia wzięte obrazy.

Bardzo umiejętnie zestawił stan obecny miasteczek z ich stanem dawnym dr. Klarner z Bełżyc. Już przed 400-u laty osady miały bruki, łaźnie, gdzieniegdzie wodociągi i szpitale. Dziś nic z tego nie zostało. Gospodarka miejska w ciągu wieku XIX zniszczyła te inwencje miejskie, nic w zamian nie dając. Ale za to spotykamy miasta, które posiadają nawet kapitały zapasowe, lokowane na nizki procent lub nawet bezprocentowo. Od ostatnich obrad w Warszawie nic się nie zmieniło. Stan miast jest jeszcze gorszy.

Autor jest jednak zdania, że aspiracje ludności zwiększyły się, że chęć poprawy stosunków istnieje i że korzystać trzeba z tego nastroju i co się da—robić przez zebranie gminne i przez wpływy osobiste.

Następnie dr. J. Jaworski z Warszawy mówił o gospodarce finansowej zarządów miejskich w Królestwie Polskiem (z wyjątkiem Warszawy). Zasadniczą myślą dra Jaworskiego jest udowodnienie faktu mało znanego ogółowi, a rzucającego się w oczy przy zestawianiu budżetów miejskich, mianowicie, iż wszystkie miasta posiadają mniejsze lub większe kapitały, pomnażane z roku na rok, podczas tego, gdy zarządy miejskie nie robią nic lub prawie nic dla dobra miasta.

Zazwyczaj upośledzenie naszych miast i miasteczek prowincjonalnych pod względem kulturalnym bywa tłómaczone brakiem funduszów; tymczasem rzecz się ma wręcz przeciwnie: fundusze są, lecz są obracane na cele zupełnie nieprodukcyjne.

Za granicą, czy to w Niemczech czy w Austrji, czy w Czechach w gospodarce finansowej miast uderza znacznie stosunkowo odłużenie dla poprawy warunków kulturalnych w znaczenir szerokiem, u nas zaś przeciwnie — miasta posiadają znaczne kapitały, lecz warunki

kulturalne miast są niżej krytyki. Kapitały miejskie są deponowane w Banku Państwa, który zresztą niechętnie przyjmuje fundusze miejskie na oprocentowanie, wskutek czego znaczna część tych kapitałów bywa deponowana w ministerjum spraw wewnętrznych bez procentu. Corocznie remanenty są również deponowane w ministerjum spraw wewnętrznych.

Stoimy zatem wobec zjawiska ekonomicznego bardzo dziwnego: majątek miast się zwiększa, natomiast nic się nie robi dla dobra miast. Niema dobrej wody, niema studzien, niema prawidłowego usuwania nieczystości, brak bruków, niema szpitali, przytułków, łaźni publicznych ani ochron, niema również instytucji kulturalnych: bibliotek, muzeów, teatrów — natomiast są kapitały jałowe, nie przynoszące nikomu żadnego pożytku.

I wtedy, gdy nawet małe mieściny niemieckie posiadają dobre bruki, dobrą wolę i przytem porządny gmach teatralny, u nas chorobliwa i szkodliwa dążność do kapitalizowania nie pozwala na prawidłowy rozwój miast i miasteczek.

Istnieje przytem drugie zjawisko charakterystyczne: oto w miastach gubernjalnych więcej, niż połowę ogólnych wydatków pochłania utrzymanie samych zarządów miejskich. W Łodzi, Płocku i Siedlcach utrzymanie zarządu miast pochłania $^2/_3$ a w w Łomży aż $^3/_4$ ogólnych wydatków.

Natomiast rozchody na cele kulturalne wynoszą w dwu miastach około 10% ogólnych wydatków, w 7-u do 4 — 8%. Według obliczeń, na każdy rubel wydany na oświatę ludową i cele dobroczynne przeciętnie przypada 6,4 rub. na utrzymanie zarządu miejskiego.

W miastach guberniatnych wydatki na utrzymanie zarządów wynoszą 67,9% ogólnych wydatków, gdy na oświatę ludową i dobroczynność idzie zaledwie 9,3%.

W miastach gubernialnych i w Łodzi utrzymanie zarządów miejskich wynosi 57,7%, a oświata pochłania 8,1%.

Spora część w gospodarce miast idzie na powiększenie kapitałów. Według danych od r. 1890, czyli od ostatnich lat 18, kapitały miast gubernialnych wzrosły o 105%. W 105 miastach gubernialnych Królestwa Polskiego kapitalizacja w tymże okresie spadła, co prawda, o 41%, jednocześnie jednak zmniejszyło się dawniejsze odłużenie o 73% — i tu zatem dążność do pozbycia się nieuciążliwych długów odbywa się kosztem dobra miast, dla których rozwoju nic się nie robi.

W ogólnej sumie rozchody w 103 miastach niegubernialnych (bez Łodzi) wynoszą przeszło 750000 rub.; z sumy tej utrzymanie zarządów miejskich kosztuje 433000 (co stanowi 57%), a oświata tylko 61000, czyli zaledwie 8%!

Zestawienie remanentów miejskich z wydatkami na oświatę zakrawa po prostu na bolesną ironię. Tak np. gdy Grójec w r. 1908 odkłada do ministerjum remanentu przeszło 2 tysiące rubli — na szkoły wydaje zaledwie 295 rub.

Brześć kujawski, który zaoszczędza bez potrzeby w budżecie na r. 1908 rb. 1100, przeznacza na szkoły ...57 rb.

Gąbin przy remanencie 4,900 rb. na zakłady dobroczynne daje ...158 rb.

Skierniewice oszczędzają w remanencie 850 rb., natomiast nie dają ani grosza na szkoły!

Kutno przy remanencie 2200 rb. przeznacza na szkoły 225 rb.

Nasielsk, który wykazuje remanentu z górą 500 rb., ofiarowuje na szkoły aż 100 rb., na szpital 144.

Kałuszyn zdobywa się na 57 rb. wydatku na szkoły, ale pozornie chowa 200 rb. w remanencie.

Niektóre tylko miasta nie stosują przesady w dążności do kapitalizowania. Np. Radzymin równoważy dochód z rozchodem, znajduje też fundusze na walkę z cholerą (700 rb.), na sadzenie drzew i t. d.

Płońsk również równoważy dochód z rozchodem. Dobrze również przedstawia się budżet Łowicza, gdzie niema remanentu, ale znalazło się 1,700 rb. zasiłku na szkoły, 600 rb. na ochronę dla dzieci, 150 rb. na dom starców i t. d.

Podajemy tu jeszcze np., iż Nieszawa daje remanentu około 300 rb., ale na szkoły nic nie daje, a na utrzymanie studzien aż 10 rb. rocznie.

Sochaczew chlubi się 3 tysięcznym remanentem, a na szkoły uważa za możliwe natomiast przeznaczyć... 90 rb.!...

I tak bez końca!

Szkół niema, szpitali również, w razie epidemji ludność może być zdziesiątkowana wobec ohydnych warunków sanitarnych, ale znaczne kapitały spoczywają w ministerjum, chociaż nie żąda tego ani ministerjum, ani skarb państwa, ani władza krajowa.

Przeciwnie: naczelna władza krajowa zalecała nawet zarządom miejskim równoważenie dochodów i rozchodów bez sztucznego wytwarzania remanentów.

Jako zasadę ogólną dr. J a w o r s k i stawia następujące dezyderaty:

1) Nie oszczędzać, nie kapitalizować, lecz umiejętnie stosować wydatki do rzeczywistych potrzeb ogółu. Do tego celu zarządy miejskie dążyć powinny przez odpowiednie układanie budżetu dochodów i rozchodów i umiejętne zarządzanie nimi.

2) Dążyć do tego, by siła podatkowa ludności użyta została w największym stopniu do potrzeby i korzyści publiczne, a koszta administracji miejskiej winny być sprowadzone do *minimum*.

Gospodarka publiczna czynności swe powinna obliczać na całe szeregi lat, aby i w przyszłości społeczeństwo korzystać mogło w stopniu nawet większym z zarządzeń dzisiejszych.

Zarządy miejskie nie powinny istnieć dla siebie, jak to się, niestety, dziś dzieje.

Dochody państwa stanowią część własności każdego obywatela, którą on udziela skarbowi, aby zapewnić sobie pewien dobrobyt, a stopień napięcia siły podatkowej idzie zawsze w parze z większą lub mniejszą wolnością polityczną danego narodu."

Z kolei zakrał głos p. B. K o s k o w s k i, mówiąc o żywieniu się żydów i ludu wiejskiego. Starannie dokonane badania dowiodły, że

włościanin żywi się znośnie latem, źle zimą, żydzi zaś małomiasteczkowi nie lepiej się żywią, niż włościanie, spożywają mniej białka i tłuszczów, niby należało.

O popularyzacji hygieny wogóle mówił dr. Sterling z Łodzi. Dr. St. stwierdził nieuctwo nasze w dziedzinie wiadomości z hygieny. Jest to skutek naszego nizkiego poziomu kulturalnego. Ten nizki poziom kulturalny, który utrudnia popularyzację hygieny śród szerokich mas, uzależniony jest u nas w pierwszym rzędzie brakiem szkół. Najważniejszym czynnikiem szerzenia hygieny śród szerokich mas winna być szkoła. By rolę tę spełnić mogła, musi mieć odpowiednio przygotowanych nauczycieli. Nauczycieli przygotowywać nalezy przez wydanie odpowiedniego podręcznika i katalogu istniejących pism popularnych i przez systematyczne kursy wakacyjne (wszędzie tam, gdzie istnieją oddziały W. T. H.) Następnie W. T. H. powinno wpsółdziałać w pracy towarzystw kulturalnych przez popieranie ich usiłowań szerzenia wiadomości przyrodniczych i wspólne wydawanie z nimi pism. Prelegent zaznacza, że lekceważenie przez księgarzy wydawnictw popularnych, więc tanich, gubi w zarodku dotychczasowe usiłowania w kierunku popularyzowania hygieny.

Drugim referentem w sprawie popularyzacji hygieny był dr. Maciesza z Płocka. Popularyzacja hygieny od niedawna weszła u nas na nowe drogi. Pchnęło ją na nie zawiązanie się T-wa Hyg. i nowela z dnia 16 października 1901 r., która pozwoliła na to, że odczyty i pogadanki stały się objawem prawie codziennym nie tylko w miastach, lecz i po wsiach, illustrowane latarniami magicznemi. W r. 1903 sekcja hygieny ludowej W. T. H. na wystawie w Miechowie zorganizowała bodaj pierwszą w Europie wystawę hygieniczną dla ludności wiejskiej. Ta pierwsza próba zachęciła W. T. H. do organizowania podobnych wystaw na wystawach rolniczych powiatowych i do utworzenia stałego muzeum hygienicznego w Częstochowie. Następnie rzucono projekt zorganizowania wystawy hygienicznej ruchomej i zaczęto zajmować się sprawą wychowania hygienicznego. W dalszym ciągu zatrzymuje się dr. M. dłużej nad działalnością płockiego Domu Ludowego w kierunku popularyzowania hygieny wsród warstw ludowych, działalnością owocną, i zwraca uwagę, iż w Płockiem kółka rolnicze przejęły się ideą popularyzowania wiadomości z hygieny, zapraszając członków oddziału na odczyty i zapisując się na członkuw T. H. Wślad za kółkami poszły i Towarzystwa współdzielcze i sklepy spożywcze (te ostatnie przez walkę z falsyfikatami). Z powyższych faktów wypływają wskazania dla W. T. H., a mianowicie: T. H. propagować może zasady zdrowotności na szerszą skalę tylko przy współdziałaniu Tow. oświatowych, kulturalnych i współdzielczych. Powołanie ich do tej pracy przez wydanie odpowiedniej odezwy jest obowiązkiem T. H., które wziąć powinno na siebie obowiązek wyszukiwania w miarę możności prelegentów i zaopatrywania ich w odpowiednie pomoce za pośrednictwem ludowej sekcji hygienicznej lub innych powołanych do tego organów. W tym celu założyć należy muzeum hygieniczne ruchome przy T-wie Hyg. w Warszawie, a następnie i na prowincji przy oddziałach prowincjonalnych T-wa. W końcu T-wo Hyg. rozpocząć

powinno zaopatrywanie wymienionych wyżej Towarzystw w swoje wydawnictwa, oraz wziąć na siebie pośrednictwo w nabywaniu okazów i tablic.

„O zaopatrzeniu w wodę ludności wiejskiej“ napisał referat dr. Tołwiński. Referat ten został odczytany trzeciego dnia obrad, z powodu choroby d-ra Tołwińskiego, przez syna jego.

Badania nad tem, jaką wodę pije ludność wiejska, przeprowadził dr. Tołwiński w pow. lubelskim, twierdzi jednak z zupełną słusznością, że takąż samą wodę pije ludność wiejska i w innych częściach kraju naszego. Okazuje się, że z pomiędzy 634 osad ludzkich pow. lubelskiego, w 186-u z liczbą ludności 39,292, czyli 28,9% całej ludności, czyli 26,2% ludności powiatu liczba studzien jest bardzo mała, cała więc ta masa ludności powiatu ze 273-a osadami ludzkiemi zamieszkała przez 75,058 ludności, czyli 55‘1% całej ludności powiatu używa wody do picia przeważnie z rzek, stawów, źródełek, a często z dołów, wypełnionych gnijącą wodą deszczową. Użytkuje więc ludność wodę, nieodpowiadającą najelementarniejszym wymaganiom hygieny. Jak złemu zaradzić? Dr. T. zastanawia się obszernie nad urządzeniami dostarczania wody u narodów kulturalnych na Zachodzie Europy, w szczególe zaś nad spółkami wiejskiemi wodociągowemi w Niemczech, przeniesienie zaś ich organizacji na nasz grunt uznaje za niemożliwe: „wobec znanego nam wszystkim losu, jakiemu podlegają wszelkie stowarzyszenia, nie podobna myśleć, ażeby ludność nasza prędko nauczyła się działać w jakimkolwiek bądź kierunku wspólnemi siłami.“ Jednem słowem, wysoce słusznem zdaniem d-ra Tołwińskiego, o organizowaniu podobnych spółek (o czem zapadły uchwaiy na X m Zjeździe lekarzy i przyrodników), bez samorządu nie mamy co marzyć. Zrobić coś jednak potrzeba. Należy zabezpieczyć źródła, co można osiągnąć tanio przez umieszczenie krągu betonowego, w studniach dawać cembrzynę betonową i ustawiać pompy. Przeciwko piciu wody z rzek należy walczyć jaknajusilniej. W miejscowościach nadrzecznych należy budować studnie abisyńskie, łatwe w zastosowaniu i tanie.

„O hygienie mieszkań i ubiorów ludowych“ mówił dr. Malewski.

Dr. A. Puławski z Nałęczowa zdał sprawozdanie z 4-letniej działalności tanich kąpieli im. Boleslawa Prusa i ambulatorjum włościańskiego w Nałęczowie.

Sprawę ubezpieczenia robotników w Europie, podniósł p. Karol Roze z Berlina. Oświetlił on przedewszystkiem faktyczne tło sprawy i wykazał jej rodowód i stosunek do t. zw. socjalizmu państwowego. Zastanawiając się nad radykalnemi reformami, dokonanemi przez rząd niemiecki w dziedzinie ubezpieczeń robotników, p. Roze scharakteryzował te pobudki, które skłoniły rząd niemiecki do tych reform. Następnie referent rozpatrzył każdą z trzech wielkich form asekuracyjnych po kolei, wykazując odrębność każdej, oraz jej braki i zalety. Zestawiając z tem, co zrobiły Niemcy na tem polu, to, co zrobiły, a raczej nie zrobiły państwa inne, stwierdził uderzający fakt, że przymusowa asekuracja, ogarniająca w Niemczech 200 miljonów ludności — w Austrji jest tylko w bardzo małych rozmiarach,

a w wielu innych państwach wogóle nie istnieje. Następnie p. Roze poddał wyczerpującej krytyce nowy projekt asekuracji od starości, a który obecnie uchwalony został przez parlament angielski i niebawem wejdzie w życie. Gdy ustawa angielska ma charakter czysto filantropijny, analogiczna ustawa niemiecka jest oparta na zasadzie samopomocy; z drugiej strony ustawa angielska zapewnia rentę tylko staremu robotnikowi. Główny brak ustawy angielskiej referent upatruje w tem, że przewiduje ona tylko rentę dla starców, nie zaś dla ludzi niezdolnych do pracy, kiedy właśnie zabezpieczenie losu tej ostatniej kategorji ludzi jest najbardziej palącą kwestją doby bieżącej. W dalszym ciągu referent podaje lapidarne zestawienia, rezultaty eksploatacyjne wszelkich tych ustaw asekuracyjnych w r. 1906, zaopatrując w komentarze te bardzo interesujące cyfry, przygotowane przez berliński urząd centralny na kongres hygieny socjalnej w Rzymie, doprowadzone do r. 1906, z których wynika, że dzięki swojej ustawie, niemcy mogą obecnie rok rocznie *minimum* 60,000,000 marek wydawać na poprawę rasy przez zapobiegawcze zwalczanie chorób w najnowszem tego słowa znaczeniu, przyczem z funduszów w ten sposób zebranych wydano dotąd ogółem wyłącznie na ten cel od czasu wejścia w życie tych ustaw imponującą cyfrę 620,000,000 marek. Wzmianką, iż Niemcy, niestety, w innej, bliższej nas obchodzącej dziedzinie, nie są tak humanitarne, jak w dziedzinie socjalnej, w której istotnie zdobyły sobie palmę postępu, zakończył p. Roze swój referat.

Następnie wygłosili odczyty: dr. Puławski z Radziejowa „O walce z chorobami zakaźnemi“, i dr. Bąckiewicz z Warszawy „O walce ze śmiertelnością dzieci“, szeroko pomyślany i zawierający wszystko dotyczące tej kwestji.

W końcu z odczytów, mających ścisły związek z hygieną dziecka, wypowiedział referat dr. T. Heryng z Warszawy (z pokazem aparatu) p. t.

„Nowa metoda wyjaławianie mleka z zachowaniem jego zaczynów i ciał ochronnych.“

Żadna ze znanych metod wyjaławiania nie jest w możności uczynić mleko zupełnie jałowem bez rozkładu zawartych w niem ważnych zaczynów i ciał ochronnych. Zasada postępowania d-ra Heryng a przy wyjaławianiu mleka polega na tej własności zaczynów mlecznych, że—z wyjątkiem lipazy—znoszą one bez rozkładania się ciepłotę 75°C, jeśli nagrzanie trwa bardzo krótko, t. j. 5 — 10 sekuud i gdy mleko zaraz zostanie stosownie oziębionem (8 — 10°C.) Do tego celu zbudował dr. H. mały przyrząd, przeznaczony do użytku domowego, który w jak najkrótszym czasie może wyjałowić 200—250 gram. mleka, t. j. dawkę dostateczną do jednorazowego nakarmienia dziecka. Za pomocą pary lub nagrzanego, ścieśnionego powietrza mleko zostaje rozpylonem przy pomocy pulweryzatora w szklanym kondensatorze, w którym nagrzane do 75—80°, skrapla się i spływa do odbieralnika i w nim natychmiast oziębianem zostaje.

Opisana powyżej metoda wyjaławiania mleka, przy 75°C przedstawia korzyści następujące:

1) Mleko zachowuje swe fizykalne własności, t. j. kolor, zapach, smak i tłuszcze. Ilość cukru jest nieco zmniejszona stosownie do ilości dodanej wody, konieczniej w mleku przeznaczonem dla niemowląt.

2) Substancje białkowe pozostają niezmienionemi.

3) Mleko takie przy ciepłocie 10°C. nie ścina się i nie kiśnie przez 6 do 8-u dni.

4) Przy ciepłocie 4C, mleko to nie kiśnie przez dni 10, jeżeli przechowano je bez dostępu światła.

5) Stanowi ono najodpowiedniejszy pokarm dla niemowląt, i nie wymaga powtórnego przegotowywania. Najlepiej przechować je w półlitrowych flaszkach „Thermos", w których zachowuje ono ciepłotę do 14-u godzin.

6) Mleko przez rozpylanie ulega homogenizacji.

7) Podana tu metoda wyjaławiania mleka może być zastosowana i do wielkich mleczarni, wymaga jednak, aby do rozpylania używać przegrzanego i sterylizowanego powietrza, pod odpowiedniem ciśnieniem.

8) Aparat opisany jest prosty w zastosowaniu, tani, daje temp. stałe 75°C—80°C, bez potrzeby użycia kontroli termometru.

9) Wyniki Heryngа zostały sprawdzone w Berlinie w Instytucie hygienicznym, przez prof. F i c k e r'a i w Warszawie przez d-ra S e r k o w s k i e g o i Ż u r a k o w s k i e g o. Badania d-ra S e r k o w s k i e g o, który zakażał mleko surowe lasecznikami gruźlicy, drobnoustrojami tyfusu, ropienia i lasecznikami zawierającymi zarodniki, a następnie wyjaławiał, przepuszczając przez aparat, wykazały, że bakterje chorobotwórcze ulegają zniszczeniu przy ciepłocie, o 10°C niższej, aniżeli przez proste ogrzanie mleka.

10) Co do ilości bakterji, to prof. Ficker otrzymał przy pomocy tego aparatu redukcje kolonji z 908000 w jednym CC, do 80 kolonji; przytem ani substancje białkowe, ani fermenty nie zostały zmienione.

P. W. Kozłowski poruszył sprawę fizycznego wychowania młodzieży, zobrazował ruch na tem polu u nas i poświęcił czas dłuższy sprawie gimnastyki szwedzkiej.

Następny z kolei odczyt wygłosił mec. Kijewski: „O instytucjach opieki nad dziećmi". Ideą przewodnią odczytu na Zjeździe było wykazanie, że wobec bezmiaru niedoli dziecięcej u nas ogół za mało uświadamia sobie konieczność szerokiego popierania instytucji, dających opiekę dzieciom opuszczonym i że pokrewne instytucje za mało mają między sobą łączności.

Zjazd uchwalił wniosek prelegenta o potrzebie łączności instytucji opieki nad dziećmi, jako też o potrzebie zakładania przytułków centralnych dla dzieci, z nadmienieniem, że do urzeczywistnienia tych wniosków jest uprawnione Warszawskie Tow. Opieki nad dziećmi, a Tow. Hyg. winno mu w tej mierze pomagać i z niem współdziałać.

Trzeci odczyt wygłosił dr. R o s z k o w s k i w sprawie dotyczącej żywienia niemowląt. Zastanawiając się nad wielką śmiertelnością niemowląt u nas głównie z powodu cierpień przewodu pokarmowego, dr. R. zebrał statystyczne dane, dotyczące sposobu żywienia niemowląt w Warszawie, oparte na 4450 własnych spostrzeżeniach. Z danych

prelegenta, przedstawionych w postaci kolorowanych tablic, wynika, iż sztuczne żywienie nie jest rozpowszechnione w Warszawie, gdyż wynosi tylko 30%. Natomiast zupełnie inaczej przedstawia nam się statystyka dzieci dokarmianych. Ten sposób żywienia bądźto skutkiem niedostatecznej ilości pokarmu u matek, badź tez skutkiem przyczyn ekonomicznych (pracy poza domem) jest dosyć rozpowszechniony, gdyż już w piątym miesiącu blizko połowa dzieci jest dokarmiana, gdy druga połowa korzysta jeszcze z żywienia piersią.

Pod tym względem statystyka nasza zbliża się do statystyki żywienia niemowląd w miastach Anglii, Szwecji i Danii, gdzie śmiertelność waha się od 10% do 14%. Jeżeli u nas śmiertelność jest daleko większą, niż w tych krajach, to nalezy ją przypisać innym czynnikom, mianowicie gorszym warunkom społeczno-ekonomicznym, a przedewszystkiem nieznajomości przepisów hygienicznych i dokarmianiu złem mlekiem. To też w lecie, kiedy mleko łatwiej się psuje, zwiększa się odsetka zaburzeń trawienia, a tem samem i śmiertelność, która jest największa w czasie miesięcy letnich, mianowicie w lipcu i sierpniu.

Uchwały Zjazdu.

W sprawie samorządu.

Samorząd ziemski i miejski faktyczny, nie zaś nominalny, jest warunkiem nieodzownym poprawy stosunków zdrowotnych i ich normalnego rozwoju; szczególnie ważnem jest wprowadzenie samorządu dla uruchomienia kapitałów oraz wszelkich operacji finansowych na cele zdrowotne; wymagają one atoli niezmiernie ścisłej kontroli obywatelskiej.

W sprawie uzdrowotnienia Lublina.

1) Wodociąg, zaopatrujący miasto Lublin w wodę, lubo pod względem własności wody przy dzisiejszem małem jej zapotrzebowaniu nie nastręcza poważnych zarzutów, wszakże, wobec dokonanych przez kompetentne organy studjów, może być uważany tylko za prowizorjum, lecz nie za stałe normalne urządzenie.

2) Rzeźnia, ze względu na urządzenie zewnętrzne i na położenie względem miasta (w górze rzeki), winna być przeniesione i zbudowana według nowoczesnych wymagań.

3) Wobec olbrzymiego zanieczyszczenia gruntu i rzek, przepływających w mieście, najpilniejsza sprawą jest urządzenie kanalizacji, tymczasowo zaś zaleca się zastosowanie metod biologicznych przy instytucjach, których ścieki są najniebezpieczniejsze dla zdrowia publicznego, mianowicie przy szpitalach.

4) Zapoczątkowanie bruków z gładką powierzchnią zasługuje na uznanie.

5) Wskazanem jest uregulowanie skarp od strony ulicy Podwale zapomocą zadrzewienia oraz dalsze zadrzewianie placów miejskich.

6) Przeniesienie targowisk miejskich ku obwodowej części miasta jest również wskazane.

7) Dalszy rozwój m. Lublina na drodze uzdrowotnienia jest w znacznej mierze zależny od częściowego chociażby uregulowania warunków zdrowotnych jego przedmieść, jako też położonych między miastem a temi przedmieściami gruntów i osad wiejskich.

8) Sprawą pierwszorzędnej wagi jest sporządzenia nowego planu regulacyjnego miasta i włączenie przedmieść do miasta.

9) Urządzenie instalacji elektrycznych dla przeprowadzenia tramwaju i oświetlenia, i użytkowania ich jako dźwigni, jest konieczną i niezbędną potrzebą miasta; przyczyni się ono zwłaszcza do zaspokojenia potrzeb ludności mniej zamożnej pod względem zdrowych mieszkań, da bowiem możność korzystania z mieszkania poza granicami miasta.

10) Konstatując znaczne ulepszenia w szpitalnictwie lubelskiem, Zjazd podnosi konieczność powiększenia liczby łóżek i przedewszystkiem zbudowania szpitala dla chorych zakaźnych, którego brak odbija się na niezwykłem szerzeniu się śmiertelności z tego rodzaju chorób.

Wreszcie pierwszy Zjazd Hygieniczny prowincjonalny (uznając, że wszlkie uczynione przezeń uwagi i wnioski noszą na sobie cechę tymczasowej działalności) z uznaniem podnosi już zapoczątkowane przez prezydenta miasta, radnych magistratu i zebranie obywateli miasta Lublina starania o zaprowadzenie racjonalnej kanalizacji, rozszerzenie i ulepszenie wodociągów, budowę rzeźni, tramwajów, oświetlenia i t. d., a stwierdzając, że jest to jedyny środek, mogący uzdrowotnić miasto — jest zdania, że wszelkie roboty przygotowawcze, zmierzającego do zaprowadzenia wyżej wymienionych ulepszeń, winny być jak najenergiczniej prowadzone, bynajmniej zaś nie odkładane aż do zaprowadzenia instytucji samorządowych.

W sprawie zapobiegania cholerze.

Potwierdzając poprzednie uchwały, przyjęte przez zjazdy T. H. W., Zjazd obecny zwraca uwagę na następujęce zasadnicze postulaty walki z cholerą:

1) Najpewniejszym i najważniejszym środkiem walki z cholerą jest uzdrowotnienie miejsc zaludnionych, głównie przez zaopatrzenie ich w dobrą wodę i urządzenie prawidłowego usuwania nieczystości i odpadków.

2) Ponieważ ani chemiczne, oni bakterjologiczne badanie nie daje wskazówek dostatecznych co dop rzyczynza nieczyszczenia wody szkodliwymi zarazkami, należy zatem dokładnie zbadać pochodzenie wody i teren—w celu zabezpieczenia wody od dostania się do niej zarazków.

3) Otwarte zbiorowiska wody, jako to: rzeki, strumyki, stawy, sadzawki, powinny być zupełnie wykluczone od użytkowania zarówno do picia, jako też do potrzeb gospodarczych.

4) Cembrzyny studzien muszą być bezwarunkowo nieprzepuszczalne dla wód wypływających, jak i dopływów zewnętrznych.

5) W razie wybuchu epidemji w pewnej miejscowości (miastach, osadach i wsiach), w celach izolacji zarazków należy urządzić: A) Szpitale specjalne, chociażby w pomieszczeniach prowizorcznych — domy izolacyjne dla rodzin i współmieszkańców, mających bliższą styczność

z chorym. B) *Minimum* dezynfekcji polega: a) na zniszczeniu rzeczy małowartościowych i łatwo dających się spalić (słoma, siano) zapomocą ognia; b) na wygotowanie bielizny i posłania chorego w wodzie z dodatkiem sody lub ługu pod dozorem osobistym lekarza lub sanitarjusza; c) na dokładnem wypenzlowaniu sprzętów domowych i naczyń kuchennych mlekiem wapiennem; d) na wybieleniu ścian i obfitem zlaniu podłogi mlekiem wapiennem. (Uwaga: dezynfekcję podłogi wykonać należy na ostatku); e) na zbieraniu wydzielin w jedno naczynie, zawierające mleko wapienne ($^1/_4$ objętości naczynia) i dokładnem zmieszaniu patykiem; f) na odkażeniu pierzyn i poduszek w parnikach (w kartoflarkach); g) na rozwieszeniu kożuchów, butów, pasów, rzemieni i t. p. przedmiotów, niedających się odkazić sposobami wyżej wymienionymi, na strychu na czas 2-u tygodni co najmniej, przyczem strych należy zamknąć i opieczętować. Uwaga: Wapno miewamy albo w dużych bryłach, albo jako wapno lasowane w dołach pokrytych, posiadające gęstą konsystencję, przy roztarciu wydające zapach amoniaku i mające smak piekący. Należy obecnie mieć już w każdej wsi wapno w ilości 1-go korca. Wapno zadołowane może być przechowywane lata całe bez utraty własności dobrego wapna. Rozczyn wapna—jedna część na 4 części wody — przechowywać wolno nie dłużej nad 12 godzin. Przy dezymfekcji wapnem nie można używać żadnych innych środków dezynfekcyjnych, oprócz ługu i sody.

6) Nie używać produktów, pochodzących z miejscowości dotkniętych zarazą.

7) Zarządy miast i gmin winny ułatwić szczepienie życzącym sobie tego, przyczem szczepienia ochronne winny być dokonywane wyłącznie przez lekarzy z zachowaniem odpowiednich ostrożności.

W sprawie chorób zakaźnych.

1) Ponieważ brud i nędza są sprzymierzeńcami choroby, uczyć zamiłowania do czystości w młodem pokoleniu przez szkołę, a starszych drogą pouczania, szczególniej przy zetknięciu się z ubogą klasą ludności.

2) O ile możności propagować zakładanie głębszych lub płytszych studzien abisyńskich.

3) Co do chorób zakaźnych wogóle, Zjazd polecił Radzie zreferować wnioski na zjazd przyszły, korzystając obok innych materjałów z pracy kol. Puławskiego z Radziejowa.

W sprawie szczepienia ospy.

Starać się o przeprowadzenie prawa obowiązkowego szczepienia ospy.

W sprawie popularyzacji hygieny.

1) Nasze Towarzystwo Hygieniczne propagować powinno zasady zdrowotności na szerszą skalę przy współudziale Towarzystw oświatowych, kulturalnych, współdzielniczych.

2) Powołanie ich do tej pracy zapomocą odpowiedniej odezwy jest obowiązkiem Tow. Hyg., które wziąć powinno na siebie wyszuki-

wanie w miarę możności prelegentów i zaopatrywanie ich w odpowiednie pomoce za pośrednictwem sekcji hygieny ludowej lub innych powołanych do tego organów.

3) W tym celu założyć należy muzeum hygieniczne ruchome przy Tow. Hyg. w Warszawie, a następnie i na prowincji przy oddziałach prowincjonalnych Tow.

4) Tow. H. rozpocząć powinno zaopatrywanie wymienionych wyżej Towarzystw w swoje wydawnictwa oraz wziąć na siebie pośrednictwo w nabywaniu okazów i tablic.

5) Tow. H. powinno się zająć wydawaniem podręczników hygieny dla nauczycieli oraz urządzaniem dla nich wykładów z hygieny.

6) Urządzić kursy z hygieny dla duchowieństwa.

7) Należy zakładać w gminach kółka „Zdrowia" według projektu opracowanego przez Radę T. H.

W sprawie walki ze śmiertelnością dzieci.

1) Otwieranie instytucji „Kropli mleka" jest najodpowiedniejszą drogą do zmniejszenia śmiertelności wśród dzieci.

2) Zjazd uznaje rozszerzenie istniejących i zakładania nowych „Kropli mleka" przy oddz. prow. T. H. za kwestję pierwszorzędnej wagi i nie cierpiącą zwłoki.

3) Szerzenie wiadomości z zakresu hygieny wieku dziecięcego zapomocą odczytów, pogadanek i wydawnictwa rad dla matek jest kwestją pierwszorzędnej wagi w walce ze śmiertelnością dzieci.

4) Zjazd uznaje konieczną potrzebę wprowadzenia do szkół żeńskich wykładów o pielęgnowaniu dzieci.

5) Rozbudzić w społeczeństwie—w szerokiem tego słowa znaczeniu—dbałość o fizyczny rozwój dziewcząt, jako przyszłych matek.

6) Instytucje „Kropli mleka" winny rozdawać mleko dla niemowląt tylko wrazie zaświadczenia lekarza.

7) Dokonać spisu jedniodniowego dzieci przynajmniej w miejscowościach, gdzie istnieją oddziały Towarzystwa Hyg.

8) Dążyć drogą odpowiedniej propagandy do zakładania i otwierania odpowiednich zakładów, mających zapewnić ochronę kobiety oraz jej dziecka, wogóle w okresie macierzyństwa.

9) Tworzyć samoochronę i samopomoc przez ubezpieczanie się kobiet w okresie macierzyństwa w odpowiednich instytucjach finansowych.

10) Starać się o wprowadzenie noweli do „prawa ubezpieczenia robotników na wypadek niezdolności do pracy", któraby uzupełniła nowy projekt prawodawstwa fabrycznego co do uwalniania robotnic fabrycznych ciężarnych i rodzących od pracy na 4 tygodnie przez i 4 po rozwiązaniu z prawem do płacy za czas choroby.

W sprawie opieki nad dziećmi.

1) Zjazd wyraża życzenie, aby przy wszystkich oddziałach prowincjonalnych Tow. Hyg. powstały oddziały wychowawcze, któreby zwracały uwagę baczną na sprawę wychowania fizycznego.

2) Zjazd wyraża życzenie, ażeby przy oddz. prow. Tow. Hyg. zakładane były ogrody gier i ćwiczeń ruchowych na wzór warszawskich ogrodów im. R a u a.

3) Zjazd wyraża życzenie, ażeby szkoła nasza oparła kształcenie fizyczne swych wychowanków na podstawach naukowych, oraz ażeby lekarze szkolni zaznajamiali się ze stroną praktyczną tej sprawy, sami uprawiając rozmaite zabiegi cielesne, przez co wysoce poprawić mogą istniejący stan rzeczy.

4) W celu ujednostajnienia zasad i systemu wychowania, niezbędne jest zjednoczenie zarządów wszelkich instytucji, zajmujących się opieką nad dziećmi.

5) Niezbędne jest zakładanie centralnych dla kraju przytułków dla dzieci jednej kategorji, a więc np. dla idjotów, obłąkanych, padaczkowych i t. d.

6) T-wo opieki nad dziećmi w Warszawie (Piękna 9) jest uprawnione do urzeczywistnienia uchwal № 4, 5, a Tow. Hyg. winno mu w tej mierze pomagać i z niem współdziałać.

W sprawie pomocy akuszeryjnej na wsi.

1) Każdy szpital prowincjonalny, posiadający oddział położniczy, powinien być bezpłatną szkołą dla akuszerek wiejskich.

2) Uczennice takich szkół w pierwszych latach ich istnienia powinny się rekrutować z pośród włościanek.

W sprawie ubezpieczenia robotników.

Zjazd uchwalił, ażeby prosić Radę Tow. Hyg. o wydrukowanie i rozesłanie oddziałom prowincjonalnym odczytu p. K a r o l a R o z e g o z Berlina celem zaznajomienia członków Tow. Hyg. ze sprawą ubezpieczenia robotników, oraz postawić ją na porządku dziennym bądź przyszłego Zjazdu ogólnego, bądź *ad hoc* urządzonego—z udziałem sfer zainteresowanych pracodawców i robotników.

Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 2 Września 1908 r.

Przewodniczący kol. K. J a s i ń s k i. Sekretarz E. S o n e n b e r g.

Przewodniczący przypomniał obecnym, że w Lipcu r. b. z okazji 50-letniej działalności lekarskiej prof. J u l j a n a K o s i ń s k i e g o Towarzystwo Lekarskie Łódzkie ofiarowało Jubilatowi godność członka honorowego. W imieniu Towarzystwa przemawiał na uroczystości jubileuszowej kol. A. K r u s c h e. Następnie przewodniczący przeczytał otrzymaną od komitetu organizacyjnego jubileuszu A. Ś w i ę t o c h o w s k i e g o odezwę, zapraszającą Towarzystwo Lekarskie do przyjęcia udziału w obchodzie jubileuszowym, który odbędzie się w Październiku r. b. i zawiadomił obecnych, iż na ręce

Zarządu Towarzystwa nadesłano komunikat Delegacji stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich w sprawie szpitalnego leczenia wczesnych okresow grnźlicy i tworzenia osobnych oddziałów w szpitalach istniejących. Delegacja zwraca się z wezwaniem do podjęcia odpowiednich kroków i jednocześnie przypomina uchwałę X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, zwróconą do Towarzystw lekarskich i hygienicznych w sprawie przedstawienia na Zjeździe następnym statystyki gruźlicy, według uchwał IX Zjazdu. W dalszym ciągu kolega — przewodniczący zakomnnikował, że na ręce jego złożono prośbę do Zarządu Towarzystwa, podpisaną przez kolegów: Brudzińskiego, Wacława Jasińskiego, Schoenaicha, Prechnera i Gutentaga o potwierdzenie Sekcji pedjatrycznej, jaką wymienieni koledzy pragną przy Towarzystwie założyć. Ze względu na to, że na porządku dziennym posiedzenia nie było wzmianki o projekcie utworzenia sekcji, postanowiono sprawę tę rozpatrzeć na następnem posiedzeniu. Również zadecydowano rozważyć na następnem posiedzeniu sprawę udziału naszego Towarzystwa w obchodzie jubileuszowym, urządzanym w Warszawie na cześć A. Świętochowskiego.

Następnie kol. Goldman demonstrował: 1) 6-cio letnią dziewczynkę, u której z przyczyny urazu i oderwania się śledziony dokonał splenectomji, 2) Preparat nerki gruźliczej, 3) Preparat wyrostka robaczkowego, usuniętego u kobiety ciężarnej, 4) Preparat wgłobionej kiszki, operowanej u dziecka 6-cio letniego oraz 5) Wole, ważące $2^1/_2$ funta, usunięte u 37-letniej kobiety.

W dalszym ciągu kol. Maksymiljan Cohn przedstawił trzy preparaty otrzymane drogą operacyjną u chorych szpitala małż. Poznanskich, mianowicie:

1. Mięśniak macicy.
2. Preparat ciąży zamacicznej jajowodowej.
3. Pęcherzyk żółciowy.

Oto w streszczeniu historja chorób trzech odnośnych chorych.

1. Frajdla Goldberg lat 49, przybyła do szpitala d. 31. VII r. b. Chora bezdzietna, zamężna od lat 25. Przed dwoma tygodniami zauważyła obecność dużego, obcego ciała w brzuchu.

Średniego wzrostu, dobrze odżywiana, stan bezgorączkowy. Przy badaniu zewnętrznem okazuje się, że jama brzuszna wypełniona jest dużym, twardym guzem, sięgającym do epigastrium. Guz niebolesny i nieruchomy. Przy badaniu przez pochwę, wyczuwa się macicę, normalnej wielkości, odciśniętą ku tyłowi i przednie sklepienie wypełnione guzem.

Rozpoznanie myoma uteri.

Operacja d. 5 VIII przy udziale kolegi Saksa. Uśpienie chloroform-eterowe. Cięcie wzdłuż smugi białej. Guz zrośnięty na całej przedniej powierzchni swej ze ścienną otrzewną. Po oddzieleniu go od tych zrostów, jak rownież od zrostów z otrzewną miednicy i pętlicą kiszek, okazuje się, iż guz ten, wypełniający w przeważnej części ciała jamie brzuszną *nie posiada wcale szypuły.* Na macicy żadnych śladów dawniejszej przynależności do niej guza

wynaleźć nie można. Trzon macicy zawiera 4 mięśniaki, z których dwa wielkości jaja kurzego, dwa zaś wielkości orzecha włoskiego. Guzy te wyłuszczono wraz z zaszyciem łoża. Po obszyciu pękniętej błony surowiczej kiszki, ściankę brzuszną zamknięto szwem trzypiętrowym.

Guz wagi 4-ch funtów, wielkości głowy człowieka dorosłego, formy owalnej, budowy mięśniakowatej; w niektórych miejscach mięki od małych torbieli.

Przebieg pooperacyjny niezupełnie zadawalniający. W 3 dni po operacji, przy dobrem samopoczuciu, podniesienie ciepłoty z początku nieznaczne, dochodzi następnie wieczorami do 39. Powodem gorączki jest ropienie niektórych szwów skórnych, oraz wysięk w lewem sklepieniu. W 5 tygodni po operacji ciepłota normalna wysięk znika, rana prawie całkowicie zagojona.

II Chana G. lat 35 wstąpiła do szpitala d. 23 VII—908 r.

Zachorowała nagle przed 8 tygodniami: zjawiły się bóle w podbrzuszu, promieniejące do krzyża, ciepłota podniosła się i chora czuła się b. osłabiona i zmuszoną była położyć się do łóżka. Ostatni poród przed 5-cioma kwartałami; periodu nie miała od 5-ciu tygodni.

Średniego wzrostu, miernie odżywiona, stan gorączkowy. Przy badaniu wewnętrznem okazuje się, że lewe przednie sklepienie wypełnione jest ruchomym, dosyć miękkim guzem, wielkości pięści dorosłego człowieka; guz zachodzi częściowo poza linją środkową. odpychając macicę nieco ku tyłowi.

Diagnosis: Graviditas extrauterina.

Operacja p. 3 VIII—908 r. przy udziale kolegi S a k s a. Uśpienie chloroform-eterowe. Cięcie poprzeczne Pfanenstiela. Po otwarciu otrzewnej znaleziono na listku jej przyściennym dużo czarnych skrzepów; w jamie brzusznej sporo krwi płynnej. Guz częściowo zrośnięty ze ścianą brzuszną okazał się ciążą zamaciczną — dalszym ciągiem lewego jajowodu. Guz ten wycięto i po możliwem wyjęciu wszelkich zmienionych skrzepów krwi przytwierdzonych do kiszek i sieci, zaszyto jedwabiem ścianę brzuszną, skórę zaś złączono klamerkami.

Guz wielkości pięści dorosłego człowieka, zawiera w środku jamę w której znajduje się płód, odpowiadający wielkości płodu 6-cio tygodniowego.

Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny. Rychłozrost całej rany. Chora wypisała się ze szpitala d. 18. VIII.

III. Marjem Siedlecka lat 49 wstąpiła do szpitała d. 9. VIII 908 r. Rodziła 8 żywych dzieci, 2 razy roniła, ostatni poród przed 4 laty. Prócz krwotoków poporodowych i ciężkich połogów, żadnych innych chorób nie przebyła.

Od $1^1/_2$ roku zaczęła doznawać bólów w dołku sercowym, przyczem łaknienie znacznie się zmniejszyło przy jednoczesnem powiększeniu się otyłości. Przed 6-ciu miesiącami wzmiankowane bóle znacznie się wzmogły z powodu czego po dwu miesięcznych cierpieniach — zdecydowała się wstąpić do szpitala, skąd jednak po 3-ch tygodniach się wypisała, nie zgadzając się na proponowaną jej

operacją. Bóle w ostatnich kilku miesiącach prawie bezustanne z mniejszemi lub większemi nasileniami, skótkiem których popadała dosyć często w stan omdlenia. Łaknienie ciągle w wysokim stopniu upośledzone, wypróżnianie raz na dwa dni. Żółtaczki nie przebyła.

Średniego wzrostu, b. otyła, niedokrwista brzuch wzdęty, ścianki brzuszne grube. Bolesność nieco poniżej dołka sercowego, przy dotykaniu wątroba normalnej wielkości, pęcherzyka się nie wyczuwa. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje zboczeń przedmiotowych.

Diagnosis: Cholelithiasis, verisimiliter calculus in ducto cystico.

Operacja d. I. IX przy współudziale kolegi G o l d m a n a i kolegi L e w i n z o n a (narcosis) uśpienie chloroform-eterowe. Cięcie faliste Kehra (Wellenschnitt.) Pomimo grubych powłók brzusznych pole operacyjne zupełnie uprzystępnione; wątroba normalnej wielkości, pod wątroba pęcherzyk wypełniony kamieniami i płynem.

Wobec niewyczuwania kamieni w kanale wątrobowym i przewodzie żółciowym wspólnym, jak również wobec normalnej na dotyk głowy trzustki przystąpiono do wyłuszczenia pęcherzyka in toto. Po nałożeniu 2-ch kleszczyków na kanał pęcherzowy przecięto go między kleszczykami, oddzielnie nałożono nawiązkę na przednią tętnicę pęcherzykową i podwiązano jedną ligaturą całą szypułę kanału pęcherzykowego. Na ranę wątroby, powstałą po wyłuszczeniu pęcherzyka, jak również na szypułę, położono dwa długie tampony, które wyprowadzono na zewnątrz wraz z podwójną parą ligatur. Ranę, z wyjątkiem części środkowej, przez którą przeprowadzony jest tampon, zaszyto szwem jednopiętrowym.

Pęcherzyk formy gruszkowato-owalnej długości 12 ctm. obwodu 8 ctm; ścianki nieco ścieńczone, zawiera płyn żółciowo-surowiczy oraz 44 kamyki, z których znaczna ilość rozmiarami swemi przewyższa wielkość dużego grochu; powierzchnie kamyków kanciasto-oszlifowane kanał pęcherzykowy zarośnięty; w okolicy szyjki pęcherzykowej zgrubienie modzelowate, zamykające prawie zupełnie światło kanału.

Przypisek późniejszy. Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny. Ciepłota raz jeden tylko podnosi się na krótko do 38°. Samo poczucie dobre. Bóle zupełnie ustały. Raz jeden skarży się na bóle w dolnej części brzucha, które ustępują po wypróżnieniu; na 8 dzień wyjęto tampony. Rana powyżej i poniżej tamponu zagajona przez rychłozrost. (Autoreferat).

Po demonstrowaniu powyższych preparatów, kol. S i l b e r s t r o m wypowiedział rzecz p. t. „O serodyagnostycznem badaniu krwi na przymiot podług Wassermann'a w związku z nauką o odporności".

Prelegent zaczął swój odczyt od definicji zjawiska hemolizy, rozważał kolejno hemolizyny pochodzenia roślinnego, bakteryjnego i zwierzęcego i przeszedł do hemolizyn, odkrytych przez Bordet'a a otrzymanych drogą szczepienia zwierząt jednego gatunku krążkami krwi zwierząt innego gatunku, wspomniał o dwóch substan-

cjach, z których się składają hemolizyny, a mianowicie z „trwałej“ nazwanej przez Ehrlich'a „amboceptor“; która powstała drogą omówionego wyżej szczepienia i substancji “nietrwałej“ czyli „komplementu“, która znajduje się w normalnej surowicy· Dalej prelegent mówił o antygienie, systemie hemolitycznym, o systemie bakterjolitycznym, poświęcił dużo uwagi omówieniu zjawisk hemolizy i bakterjolrzy, streścił teorje bocznych ogniw Ehrlich'a, która usiłuje wytłumaczyć działanie toksyn i wszelkich antygenów, jak również sposób powstawania przeciwciał. Dalej kolega S. mówił o ciekawem zjawisku w dziedzinie odporności, a mianowicie o zjawisku odchylenia komplementu i zatrzymał się na jednej z postaci tego zjawiska, odkrytej przez Bordet'a, polegającej na łączeniu systemu hemolitycznego z innym systemem biologicznym, wiążącym komplement, wskutek czego hemoliza nie dochodzi do skutku. Następnie prelegent przeszedł do faktów praktycznego wykorzystania zjawiska odchylenia komplementn przez Wassermann'a i Bruck'a w celu otrzymania przeciwciał syfilisu, szeroko omówił metodę Serologicznego badania krwi na syfilis‘ opisał technikę otrzymywania amboceptoru, wyciągu syfilitycznego, technikę doświadczeń hemolitycznych i reakcji Bruck-Wasserman'a w połączeniu z demonstracją wszystkich odczynników i zakomunikował wynik badania krwi osoby, dotkniętej przymiotem.

Słowem, obszerny temat prelegent omówił w sposób wyczerpujący.

Z powodu spóźnionej pory dyskusja nad powyższym odczytem odłożoną została do następnego posiedzenia.

Dr. E. Sonnenberg.

KRONIKA.

(№ 109). Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim Uniwersytetu we Lwowie w roku 1908.

Kursa te trwać będą od dnia 1-go do 20-go grudnia 1908 r. Zapisy przyjmuje Kwestura Uniwersytetu od 16-go listopada do 1-go grudnia. Godziny wykładowe w przeważnej części wykładów będą oznaczone później w porozumieniu z uczestnikami. Liczba uczestników dla niektórych wykładów ograniczona. Zgłoszenia przyjmuje i bliższych wiadomości udziela prof. dr. Raczyński we Lwowie, ul. Sienkiewicza № 9.

I. Bakterjologia, farmakologia, patologia.

1) Prof. dr. E. Biernacki: Hematologia praktyczna. 4 godziny tygodniowo. Czesne 20 kor.

2) Prof. dr. Kucera: Bakterjologia lekarska ze szczególnem uwzględnieniem rozpoznawania bakterjologicznego w praktyce (najwyżej 10-u uczestników. — Ewent. w godzinach wieczornych). 6 godzin tygodniowo. Czesne 25 koron.

3) Prof. dr. L. Popielski:

O najnowszych środkach lekarskich. 5 godzin tygodniowo. Czesne 25 kor.

II. Choroby wewnętrzne.

1. Prof. dr. A. Gluziński: Klinika chorób wewnętrznych z uwzględnieniem nowszych sposobów badania i leczenia. Razem godzin 20. Czesne 25 kor. (Prof Gluziński przy współudziale: prof. dra Renckiego, doc. dra Marischler'a i dra Frankego i asystentów klinicznych: drów Balabayder'a, Czerneckiego, Greka, Reichenstein'a), a mianowicie:

a) Choroby krwi (hematologia kliniczna). Badania krwi w chorobach zakaźnych w celach rozpoznawczych z demonstracjami, 3 godziny.

b) Narząd krążenia (nowsze poglądy na leczenie z uwzględnieniem nowszych kierunków djagnostycznych). 3 godziny.

c) Narząd pokarmowy (z uwzględnieniem sposobów wczesnego rozpoznawania raka żołądka). 3 godziny.

d) Narząd moczowy i choroby przemiany materji (badania chemicznego i drobnowidzowego). 3 godziny.

e) Nowsze sposoby leczenia. 2 godziny.

f) Demonstracja przypadków klinicznych. 3 godziny.

2) Prof. dr. Wiczkowski (wspólnie z drem Selzer'em): Djagnostyka chorób wewnętrznych na materjale szpitalnym. 3 godziny. Czesne 20 kor.

III. Chirurgia.

1) Rad. Dw. prof. dr. L. Rydygier: a) nowsze sposoby badania i leczenie następowe chorób chirurgicznych z uwzględnieniem praktyki prywatnej. 10 godzin tygodniowo od 10 — 12 z wyjątkiem soboty. Czesne 25 kor. b) Kurs operacyjny wspólnie z asystentami. Czesne 50 kor.

2) Prof. dr. R. Barącz: Kurs operacji brzusznej z uwzględnieniem wskazań (na zwłokach, w razie zgłoszenia się przynajmniej 10-u uczestników). 5 godzin tygodniowo. Czesne 50 kor.

3) Doc. dr. A. Gabryszewski: Ortopedja 3 godziny tygodniowo. Czesne 25 kor.

4) Prof. dr. Wł. Herman: a) O leczeniu stanów septycznych. 2 godziny. Czesne 10 kor. b) O leczeniu złamań kości kończyn. 4 godziny. Czesne 10 kor. c) Uwagi o niedrożności jelit i kiszek. 4 godziny. Czesne 10 kor.

5) Prof. dr. H. Schram; Ćwiczenia w chirurgii wieku dziecięcego. 6 godzin tygodniowo. Czesne 20 kor.

6) Prof. dr. G. Ziembicki: Ćwiczenia operacyjne (na materjale szpitala powsz.), codziennie od 10 — 12. Czesne 20 kor.

IV. Położnictwo i ginekologia.

1) Prof. dr. A. Mars, 2) Prof. dr. Wł. Bylicki, 2) Prof. dr. Fr. Kośmiński, 4) Prof. dr. Ad. Sołowij: Klinika położniczo - ginekologiczna ze szczególnem uwzględnieniem postępu w latach ostatnich. — 10 godzin tygodniowo. Czesne 40 kor.

V. Choroby skórne i weneryczne.

Prof. dr. Łukasiewicz: Rozpoznanie i leczenie chorób skórnych i wenerecznych (na materjale kliniki). 5 godzin tygodniowo. Czesne 20 kor.

VI. Choroby oczne.

1) Prof. E. Machek: Rozpoznanie i leczenie chorób ocznych (na materjale kliniki). 5 godzin tygodniowo. Czesne 20 kor.

2) Doc. dr. A. Bednarski:

Kurs wziernikowania oka. 5 godzin tygodniowo w klinice okul. Czesne 30 kor. Najmniej 5-u, najwięcej 10-u słuchaczy.

VII. Choroby nerwowe.

Prof. dr. H. Halban: Djagnostyka chorób nerwowych. 5 godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

VII. Choroby dzieci:

Prof. dr. J. Raczyński; a) Klinika chorób dzieci (na materjale kliniki stałej i ambulat.) przy pomocy dra Progulskiego, asystenta kliniki. Codziennie. Czesne 20 kor. b) Ćwiczenia w intubacji i tracheotomii (na materjale oddziału zakaźnego), przy pomocy dra Bielskiego. 2 godz. tygodniowo. Czesne 20 kor.

IX. Choroby uszu i gardła.

1) Prof. dr. Jurasz: Klinika chorób gardła i uszu. Codziennie. Czesne 30 kor.

3) Doc. dr. T. Zalewski: Praktyczne ćwiczenia w badaniu organu słuchu. 6 godzin tygodniowo. Czesne 20 kor.

X. Dentystyka.

1) Doc. dr. A. Goska: Ćwiczenia w wyjmowanin zębów z uwzględnieniem ogólnego i miejscowego znieczulania tudzież plombowanie materjałami plastycznymi. 6 godzin tygodzın tyЗodniowo. Czesne 50 kor.

(№ 110). W Łodzi odbyło się posiedzenie inauguracyjne Sekcji pedyatrycznej przy Towarzystwie lekarskiem łódzkiem w dniu 24 bm., w sali szpitala Anny Marji. Po zagajeniu posiedzenia przez kol. Brudzińskiego i powitaniu gości, nastąpiły przemówienia delegatów, poczem kol. Brudziński wygłosił odczyt „O celach i zadaniach spółczesnej pedyatryi", zaś kol. W. Jasiński i Wł. Schoenaich: „Szkic rozwoju pedyatrji polskiej". Sekretarzem sekcji jest kol. W. Jasiński. Program działalności sekcji na rok 1908 obejmuje następujące wykłady: 11 XI. 1908 A. Trenknerowa i A. Tomaszewski: „Przebieg i leczenie zapaleń wyrostka robaczkowego u dzieci". 9. XII. 1908 W. Jasiński i H. Goldberg. O leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewny u dzieci. 13 I. 1909 S. Gutentag: L. Przedborski: Wyrośle adenoidalne, wpływ na ustrój i wskazania operacyjne. 10. II. 1909 J. Brudziński i J. Perlis: Intubacja i tracheotomia. 10. III. 1909 Z. Prechner i M. Silberstrom. Przymiot dziedziczny w świetle najnowszych badań. 14. IV. 1909 T. Mogilnicki i A. Maszlanka: Najnowsze badania w sprawie żywienia niemowląt. 12 V. 1909 S. Rotwand: O gruźlicy wrodzonej i drogach zakażenia gruźliczego. 9 VI. 1909 H. Rosenblatówna: Nowe badania z dziedziny bakterjologjl błonicy. Poza serją tematów ogólnych, które zawsze ogłaszane będą przez sekcję z góry na rok następny, na porządek dzienny posiedzeń dodatkowych wejdą demonstracje i odczyty, zgraszane w ciągu roku.

Na posiedzeniu inauguracyjnem byli obecni z Warszawy: kol. J. Kramsztyk — jako reprezentant szpitalika żydowskiego dla dzieci, kol. B. Korybut-Daszkiewicz—reprezentant domu wychowawczego, kol. Miszewski — szpitalika na Aleksandrji, kol. M. Biechlerowa — redakcji „Medycyny".

Sekcja powstała na gruncie szpitala dziecinnego w Łodzi i z racji indywidualności jej twórcy, kol. J. Brudzińskiego, któ-

ry niewątpliwie potrafi stworzyć z niej nowe ognisko naukowe.

Powodzenia!

(№ 111). Redakcja Przeglądu lekarskiego uprasza kolegów, zdających stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych, aby raczyli redakcji przesłać dokładny tytuł pisma, do którego przesyłają sprawozdania wraz z adresem swoim dla sformowania dokładnej listy sprawozdawców polskich.

(№ 112). W swej niezmiernie pouczającej rozprawie, którą ozdobiliśmy ten zeszyt „Czasopisma“, porusza kol. W. Biegański myśl podjęcia przez Stowarzyszenie lekarzy polskich zorganizowania rozprzedaży dzieł lekarskich na spłaty.

Jest to myśl, która chyba nie przebrzmi bez urzeczywistnienia.

W Niemczech handel domokrążny i sprzedaż na spłaty przyczyniają się w stopniu wielkim do upowszechnienia książek. Zresztą, ciż sami niemcy i u nas (w Łodzi przynajmniej) sprzedają bardzo wiele dzieł lekarskich i przyrodniczych na spłaty miesięczne. Wielu z nas w ten sposób nabyło encyklopedję Eulenburga, Wielki podręcznik Nothnagla, Życie zwierząt Brehma i t. p.

Czyżbyśmy czekać mieli aż który z księgarzy niemieckich zorganizuje nam sprzedaż na spłaty dzieł lekarskich polskich?

Nie jest to rzeczą niemożliwą; już obecnie bowiem prędzej można sprowadzić *dzieło polskie* z Lipska, aniżeli z Warszawy do Łodzi...

Jeżeli więc nasi panowie księgarze nie umieją spełniać swych zadań, musi ich zastąpić kto inny.

(№ 113). „Medycyna“ w № 42 podaje następującą „charakterystyczną“ wiadomość:

„W pismach codziennych czytamy: prezydent m. Warszawy wyjaśnił, iż za pomoc akuszeryjną przy porodzie bez narzędzi należy się lekarzowi rb. 5, za nałożenie kleszczy rb. 10. Wiadomość powyższą notujemy bez komentarzy, nie wiemy bowiem zkąd powstała i kogo ma ta taksa obowiązywać“.

(№ 114). Wyszedł z druku III Zeszyt Pamiętnika Tow. lek. Warsz. zawierające prace: L. Karwacki: Badania nad morfologią krętków Obermeyera. D. Hellin. Rak i jego leczenie w świetle biologii, Otto. Zmiany anatomo-patologiczne w kiszkach i gruczołów krezkowych w tyfusie brzusznym i Fr. Gedroyć. Zródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce.

(№ 115). † Zmarli: Franciszek Rajkowski, przeżywszy lat 59 w Ciechanowie. W jednem z pism codziennych pamięci zmarłego poświęcił Aleksander Świętochowski następne słowa:

Przez 30 lat widziałem go, jak w szkole rozdzielał swe młode siły między dwa głody: ciała, któremu często brakło chleba, i duszy, którą niezmordowanie karmił wiedzą. Widziałem go później, jak, zostawszy lekarzem w Ciechanowie, zdobywał rozgłos zdumiewającą pracą i poniewierką. Widziałem, jak całymi miesiącami nie przespał ani jednej nocy w łóżku, jak wywożono go gwałtem zmęczonego z domu, porywano w drodze, przewłóczono przez najokropniejniejsze wertepy i najstraszniejsze szarugi — a on zawsze śpieszył

z pomocą, chętny, życzliwy, bezinteresowny, nikomu swych usług nieodmawiający, niebezpieczeństwem chorych tak zaniepokojony, jakgdyby w nich ukochane istoty miał stracić. Widziałem, jak każdą sprawę społeczną wiązał ze swemi uczuciami i energją, jak z najbardziej oddalonych miejsc przybywał na obrady zmordowany pracą i niewywczasem, jak ciągle był szlachetnym człowiekiem, ofiarnym dobroczyńcą, gorącym potrjotą, dla którego żaden trud nie jest za wielki i żadne poświęcanie za ciężkie. Nie było przedsięwzięcia obywatelskiego, do którego on by się nie przyłączył i w zastępie pracowników lub szeregu bojowników nie stanął. W ostatnich latach już omdlały i osłabiony wyczerpaniem sił fizycznych, zabiegał pozostałą ich resztą o stworzenie niższej szkoły rolniczej w Sokołówku, powierzonym mu na ten cel testamentowo. Prawdziwie zaczął odpoczywać dopiero w grobie.

Taki ogrom energii musiał być niewątpliwie przyrodzonym darem syna tej warstwy społecznej, w której spoczywa niewydobyta dotąd, największa i najzdrowsza moc naszego narodu. Rajkowski był sam swoim znakomitym przodkiem i ujawniał w sobie moralną potęgę i obywatelskie szlachectwo polskiego ludu.

Był to szlachetny kruszec, rozpuszczony w potoku życia, nieskupiony w bryle i niewystawiony na pokaz; był to bohater cichy, za którym nie biegła wrzawa chwały publicznej, bo pracował i walczył nie na wierzchu społeczeństwa, lecz w jego głębi. Tem większy obowiązek świadków jego działalności złożyć o niej świadectwo. Jestem jednym z nich, jestem również z tych, którzy mu zawdzięczają nigdy niezapomniane dowody życzliwości i przyjaźni. Tak wierzyłem w jego szczerą i czujną gotowość do pomocy, że gdybym o nią kiedykolwiek potrzebował zawołać, wiedziałbym, że między pierwszymi, którzy na mój głos przybiegną, byłby Rajkowski. Na trumnę takich ludzi rzucamy nie garści ziemi, ale kawały serca naszego, a gdy oni odchodzą w wieczność, uczuwamy nie tylko żal, ale trwogę, że po ich śmierci ogarnie nas głucha pustynia.

Boleśnie mi, że skutkiem niezdrowia nie mogę wylać moich łez na jego mogiłę w dniu, w którym go przyjmie łono ukochanej przez niego ziemi".

Tytus Szczepański w Jaśle. — W. Schrant — przeżywszy lat 61 — w Pniewach.

Komitet redakcyjny:
J. Brudziński, I. Dąbrowski, A. Goldman, J. Grabowski, Z. Gąrlicka, B. Handelsman, Ks. Jasiński, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Skalski, E. Sonnenberg, H. Trenkner. A. Trenknerowa.

Wydawcy: Dr. J. Michalski i Dr. H. Trenkner. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Druk. S. Dębskiego w Łodzi, Długa